



UNILASALLE
CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE



IVANILDA ALEXANDRE DA SILVA SANTOS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AUDITORIA DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E O
NÍVEL DE ESTRESSE DOS ENFERMEIROS**

CANOAS, 2017

IVANILDA ALEXANDRE DA SILVA SANTOS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AUDITORIA DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E O
NÍVEL DE ESTRESSE DOS ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada à banca examinadora do curso de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle – Unilasalle como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Fernandes Zanin

Co-orientador: Prof. Dr. Marcio Manozzo Boniatti

CANOAS, 2017

IVANILDA ALEXANDRE DA SILVA SANTOS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AUDITORIA DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E O
NÍVEL DE ESTRESSE DOS ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada à banca examinadora do curso de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle – Unilasalle como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Aprovado pela Banca examinadora em 29 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr.^a Michelli Cristina Silva de Assis
Unilasalle

Prof. Dr.^a Ana Maria Müller de Magalhães
UFRGS

Prof. Dr. Ricardo Pedrozo Saldanha
Unilasalle

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar grandes oportunidades, como a conclusão deste trabalho.

Aos meus pais, Sr. Natalício e Sra. Maria Misse, pela dedicação, pelos ensinamentos da vida que contribuíram para a construção dos meus valores e, principalmente, pela doutrina de finalizar aquilo que se inicia.

Aos meus irmãos, pelo incentivo e olhares de admiração por mais esta conquista.

Ao meu esposo, Gláucio, e minha filha, Danielle, pela paciência, apoio e muita ajuda nos momentos mais difíceis.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela receptividade, disponibilidade e valiosas orientações que abrilhantaram a metodologia deste trabalho.

A todos os enfermeiros que participaram desta pesquisa, pelo interesse, disposição em ajudar, sem os quais não teria sido possível a realização deste.

Aos amigos da turma Mestrado Em Saúde e Desenvolvimento Humano, pelo companheirismo e incentivo.

Aos meus orientadores, Dr. Rafael e Dr. Marcio, por acreditarem na minha capacidade, mesmo nos momentos mais difíceis desta caminhada.

*Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!*

(FLORENCE NIGHTINGALE)

RESUMO

Os enfermeiros assistenciais, em sua maioria, exercem a profissão no ambiente hospitalar, cenário permeado pelo estresse proporcionado pelos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais. Acredita-se que há um aumento do estresse ocupacional relacionado a reestruturação organizacional proposta por diversos hospitais. Nesta reorganização, insere-se o processo de acreditação hospitalar, com suas auditorias subsequentes. Tanto o processo para obtenção do certificado de acreditação quanto as auditorias de revalidação do certificado criam um período de sobrecarga importante de trabalho para a equipe de enfermagem, podendo aumentar o estresse ocupacional e ocultar os benefícios que a gestão de qualidade traz para a instituição como um todo. O objetivo deste estudo foi avaliar se há associação entre a auditoria de acreditação hospitalar e o nível de estresse entre os enfermeiros assistenciais de uma instituição hospitalar pública e universitária em Porto Alegre/RS. Trata-se de um estudo observacional, prospectivo e longitudinal. Os enfermeiros responderam a um questionário com questões sociodemográficas e aspectos positivos e negativos da acreditação hospitalar, além do Inventário de Estresse em Enfermeiros para avaliar o nível de estresse. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: cinco meses antes da auditoria da acreditação hospitalar e imediatamente antes da auditoria. Na primeira etapa do estudo, os instrumentos para coleta de dados foram enviados por e-mail para 470 enfermeiros. Destes, 109 (23,2 %) responderam. Quanto à análise do Inventário de Estresse em Enfermagem (IEE), a média apresentada no score foi de $123,2 \pm 29,0$. Baseado nesta média, 51 (46,8%) enfermeiros foram considerados como tendo um alto nível de estresse. Na segunda etapa do estudo, o questionário IEE foi enviado aos 109 enfermeiros que responderam na primeira etapa. Destes, 63 (57,8%) responderam. Nesta segunda fase da pesquisa, a média do IEE foi $125,0 \pm 27,2$. Não houve diferença estatística entre as duas etapas analisadas quanto à média do IEE ($p = 0,68$). Com relação aos fatores associados ao estresse, na análise multivariada, apenas o estado civil e ter destacado mais pontos negativos da acreditação mantiveram associação independente com o nível de estresse. Os enfermeiros que destacaram mais pontos negativos do que positivos com relação à acreditação hospitalar apresentaram 3,4 vezes mais chances de ter estresse alto do que os outros enfermeiros. O presente estudo mostrou que a acreditação hospitalar não está associada com o nível de estresse dos enfermeiros assistenciais. No entanto, sugere que o mais importante é a maneira como o enfermeiro entende o processo de acreditação, apresentando menor nível de estresse à medida que percebe mais aspectos positivos no processo.

Palavras-chave: Estresse. Acreditação hospitalar. Enfermagem.

ABSTRACT

Most nurses work in the hospital environment, a scenario permeated by stress caused by physical, chemical, biological, ergonomic and psychosocial risks. In addition, there is an increase in occupational stress related to organizational restructuring proposed by several hospitals. In this reorganization, the hospital accreditation process is inserted, with its subsequent visits. Both the process for obtaining the accreditation certificate and the hospital accreditation reviews create a period of significant workload for the nursing team, which can increase occupational stress and hide the benefits that accreditation brings to the institution. The objective of this study was to evaluate whether there is an association between the hospital accreditation visit and the level of stress among nurses of a public and university hospital institution in Porto Alegre/RS. It is an observational, prospective and longitudinal study. The nurses answered a questionnaire with sociodemographic questions and positive and negative aspects of the hospital accreditation, besides the Inventory of Stress in Nurses (ISN) to evaluate the level of stress. Data collection was performed five months prior to the visit of hospital accreditation and immediately prior to the visit. In the first phase of the study, the instruments for data collection were sent by e-mail to 470 nurses. Of these, 109 (23.2%) answered. Regarding the ISN analysis, the mean value presented in the score was 123.2 ± 29.0 . Based on this average, 51 (46.8%) nurses were considered to have a high level of stress. In the second stage of the research, close to the audit, the ISN questionnaire was sent to the 109 nurses who answered in the first stage. Of these, 63 (57.8%) answered. In this second phase of the research, the ISN average was 125.0 ± 27.2 . There was no statistically significant difference between the two periods analyzed for the ISN average ($p = 0.68$). Regarding the factors associated with stress, in the multivariate analysis, only the marital status and having highlighted more negative points of the accreditation maintained an independent association with the level of stress. Nurses who highlighted more negative than positive points regarding hospital accreditation were 3.4 times more likely to have high stress than other nurses. This study showed that hospital accreditation is not associated with the stress level of nurses. Nevertheless, the study suggest to be more important how nurses understand the accreditation process, presenting lower levels of stress as they perceive more positive aspects in the process.

Keywords: Stress. Hospital accreditation. Nursing

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1 – Níveis de classificação dos certificados de acreditação	22
Tabela 1 – Características sociodemográficas da população.....	29
Tabela 2 – Consequências positivas e negativas da acreditação hospitalar	30
Tabela 3 – Análise univariada com relação ao nível de estresse.....	31
Tabela 4 – Análise multivariada com relação ao nível de estresse	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral.....	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1	Evolução do serviço de enfermagem	14
3.2	Evolução histórica da gestão de qualidade no contexto hospitalar	16
3.3	Evolução da gestão de qualidade no Brasil	17
3.4	O processo de acreditação hospitalar	19
3.5	Acreditação hospitalar e fatores estressantes para o enfermeiro.....	22
4	METODOLOGIA	25
4.1	Campo de estudo.....	25
4.2	Participantes do estudo	25
4.3	CrITÉRIOS de exclusão.....	25
4.4	CrITÉRIOS de perda	25
4.5	Coleta de dados	25
4.6	Instrumentos de coleta de dados	26
4.6.1	<i>Questionário Sociodemográfico</i>	<i>26</i>
4.6.2	<i>Inventário de Estresse em Enfermeiros</i>	<i>26</i>
4.6.2.1	<i>Definições</i>	<i>27</i>
4.7	Análises estatísticas.....	27
4.8	Aspectos éticos da pesquisa.....	28
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	32
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
8	PRODUTO TÉCNICO.....	37
8.1	Público Alvo	37
8.2	Aplicativo.....	37
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	49
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	50

ANEXO A – PADRÕES MÍNIMOS PRECONIZADOS PELO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 1924.....	52
ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	53

1 INTRODUÇÃO

Os enfermeiros assistenciais são confrontados com situações que exigem conduta rápida, conhecimento técnico, autocontrole e competências para enfrentar situações extremas e imprevisíveis durante a assistência aos pacientes (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012; MARTINS; VIEIRA; MORAIS, 2011). Estes profissionais, em sua maioria, exercem a profissão no ambiente hospitalar, cenário permeado pelo estresse proporcionado pelos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (BRASIL, 2001; CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007).

O estresse é uma avaliação que o indivíduo faz das situações às quais é exposto como sendo mais ou menos desgastantes. No ambiente de trabalho, é identificado como uma situação negativa, de difícil enfrentamento, podendo exceder a capacidade de adaptação do trabalhador com consequente sobrecarga emocional (BEZERRA, SILVA; RAMOS, 2012; BRITTO; CARVALHO, 2004; GOUVEIA, 2015). Para Fernandes, Medeiros e Ribeiro (2008), o estresse ocupacional é um problema de natureza perceptiva, resultado da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho. É considerado como uma doença ocupacional e, devido à quantidade de profissionais acometidos, pode se tornar um grave problema de saúde pública (SILVA; MELO, 2006).

A ocorrência do estresse ocupacional em profissionais de saúde constitui um importante fator determinante dos transtornos depressivos e de outras doenças, tais como síndrome metabólica, síndrome da fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes e a síndrome de *Burnout* (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 1996; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005). Diante dessa afirmativa, observa-se a relevância do apontamento dos fatores estressantes para que medidas de enfrentamento sejam adotadas, a fim de evitar ou minimizar o adoecimento. Azambuja et al. (2010) e Stacciarini e Tróccoli (2001) afirmam que a demonstração do estresse no trabalho de enfermeiros pode auxiliar na compreensão de algumas dificuldades enfrentadas pela profissão. Os autores registraram achados relevantes relacionados ao estresse, dentre eles a desmotivação profissional, resultando em declínio da qualidade da assistência, absenteísmo, acidentes de trabalho e ocorrência de doenças ocupacionais.

Acredita-se que há um aumento no estresse ocupacional com a reestruturação organizacional proposta por diversos hospitais. Neste contexto de reorganização, insere-se o processo de acreditação hospitalar, com suas auditorias subsequentes (MARRA et al., 1996; MANZO et al., 2012). Após a obtenção do certificado, para manter a acreditação, os hospitais devem passar por uma extensa avaliação *in loco*, periodicamente, pelos profissionais de saúde

da *Joint Commission International (JCI)*. A *JCI* avalia a qualidade e a segurança de instituições de saúde em diversos países. O objetivo é avaliar a performance da instituição em áreas que afetam o cuidado do paciente, promovendo educação e possibilitando melhorias (ELKINS et al., 2010; CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2017a). Tanto o processo para obtenção do certificado de acreditação quanto as auditorias de revalidação do certificado criam um período de sobrecarga importante de trabalho para a equipe de enfermagem, aumentando potencialmente o estresse ocupacional. Esta associação da auditoria da acreditação com o nível de estresse dos enfermeiros tem sido pouco investigada na literatura. A maior burocratização do trabalho e o excesso de cobrança sobre os enfermeiros são apontados como possíveis pontos negativos da acreditação, podendo contribuir para o estresse ocupacional (MAZIERO; SPIRI 2013; MANZO et al., 2012). No presente estudo, dar-se-á ênfase aos prováveis fatores estressantes relacionados ao período de visita de acreditação, por ser este o período de maior exigência.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre a auditoria de acreditação hospitalar e o nível de estresse entre os enfermeiros assistenciais.

2.2 Objetivos específicos

- a) Aplicar o Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE) cinco meses e uma semana antes da auditoria de acreditação hospitalar;
- b) Correlacionar as variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o nível de estresse dos enfermeiros;
- c) Avaliar a opinião dos enfermeiros quanto aos pontos positivos e negativos da Acreditação Hospitalar, e correlacioná-las com o nível de estresse.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Evolução do serviço de enfermagem

Numa retrospectiva sobre a preocupação pela melhoria da qualidade na assistência à saúde, o campo da enfermagem foi marcado pelas ações de Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira inglesa que instituiu o primeiro modelo de melhoria contínua de qualidade em saúde. As ações de enfermagem que antecederam Florence eram atividades caritativas, iminentemente intuitivas e empíricas. O trabalho de maior destaque realizado por ela foi a assistência de enfermagem prestada, de forma voluntária, às vítimas da guerra da Criméia em 1854. Florence, juntamente com 38 mulheres (irmãs anglicanas e católicas), estruturou um hospital com 4000 soldados internos, conseguindo reduzir a mortalidade local de 40% para 2%, através dos rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem por ela estabelecidos. Pelos trabalhos na Criméia, recebeu um prêmio do Governo Inglês e, graças a este prêmio, fundou a primeira escola de enfermagem no Hospital St. Thomas - Londres, em 24 de junho de 1860, que passou a servir de modelo para as demais escolas fundadas posteriormente. Florence Nightingale é considerada a fundadora da Enfermagem Moderna em todo o mundo, contrariou o destino de uma mulher da alta sociedade britânica, à qual a educação e a profissão não eram permitidas, criando uma nova representação social da mulher e a profissionalização da Enfermagem (MALAGUTTI; MIRANDA, 2010; NASH, 1980; NOGUEIRA, 1996; RODRIGUES, 1997). Mediante suas considerações, os pacientes e condições ambientais – como higiene, iluminação natural, ventilação, odores, calor, ruídos, sistema de esgoto – passaram a ser observados como forma de desenvolver o conhecimento dos fatores que compõem o processo saúde-doença. Diante dessas constatações, seu trabalho é considerado precursor do processo de acreditação (COSTA et al., 2009).

No Brasil, a prática sistematizada da Enfermagem iniciou há pouco mais de um século. Antes disso, não havia, formalmente, escolas de Enfermagem, e sim instituições religiosas, cujo ensino e orientação da prática não obedeciam a nenhum programa específico (ALMEIDA; ROCHA, 1986; CARVALHO, 1973; SILVA, 1986).

Na contextualização histórica da enfermagem no Brasil, destaca-se o trabalho de Ana Néri, nascida em 1814 na Cidade de Cachoeira, na Província da Bahia. Durante a guerra do Paraguai (1864-1870), colocou-se à disposição do governo para prestar assistência aos feridos, sendo considerada a primeira enfermeira voluntária do Brasil. No campo de batalha, improvisou hospitais e não mediu esforços no atendimento aos feridos. Após cinco anos, retornou ao Brasil,

sendo recebida com carinho e louvor. O governo Imperial lhe concedeu uma pensão, além de medalhas humanitárias e de campanha. O seu nome foi dado à primeira Escola de Enfermagem oficializada pelo Governo Federal, inaugurada em 19 de fevereiro de 1923. Durante a reforma sanitária, a carência de profissionais de enfermagem especializados para desenvolver ações de combate a epidemias evidenciou a necessidade da qualificação da assistência de enfermagem. A fundação da escola de enfermagem marcou a introdução de um modelo de enfermagem que agregava as características do tradicional modelo Nightingale e outras características oriundas do processo de adaptação à sociedade americana. Esta adaptação ocorria na década de 1870, foi em razão da missão de enfermeiras americanas no Brasil, patrocinada pela Fundação Rockefeller, com o objetivo de promover as inovações requeridas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, consideradas necessárias à efetivação da reforma sanitária. Esse processo foi liderado por Carlos Chagas, médico sanitário, então diretor do departamento. Por esse motivo, o modelo de ensino de enfermagem implantado no Brasil foi denominado de modelo anglo-americano de enfermagem (SANTOS et al., 2008; SANTOS; BARREIRA, 2002).

A expansão do ensino na área de enfermagem está relacionada ao aumento da demanda dessa categoria profissional, principalmente pelo ritmo de urbanização existente e pelo processo de modernização dos hospitais. Ao mesmo tempo, as pessoas estão se tornando mais conscientes sobre seus direitos e deveres e, em geral, têm começado a considerar fortemente que saúde e assistência à saúde com qualidade constituem direito fundamental e não somente privilégio de alguns (SILVA, 1986; SMELTZER; BARE, 1998).

O exercício da enfermagem está estritamente relacionado à qualidade, evidenciada pelo ato de cuidar com compromisso, praticando ações fundamentadas em evidências científicas. Assim, a busca constante da qualidade do cuidado na enfermagem é peculiar à ética profissional da classe e imprescindível, demonstrada pelo rigor na realização técnica dos procedimentos para obter melhores resultados (ADAMI, 2000).

O enfermeiro é responsável pela sistematização do processo de trabalho de sua equipe. Por liderar as atividades, deverá desenvolver habilidades que venham influenciar, motivar e conduzir a sua equipe de forma a participar e contribuir de maneira positiva para o alcance das metas propostas (JOGULU; WOOD, 2006; LANZONI et al., 2009). Exerce atividades administrativas, assistenciais e de práticas educativas continuadas, sendo o profissional capaz de mudar a condição da qualidade dos serviços de saúde. O enfermeiro é visto como um profissional privilegiado por ter a oportunidade de se relacionar diretamente com o cliente, conhecer os seus valores e necessidades, para compreender seus anseios e expectativas, amadurecendo a prática do cuidar com qualidade. Observam-se, nos diversos cenários de

assistência ao paciente, contribuições deste profissional para o alcance da excelência da assistência (ROCHA; TREVIZAN, 2009).

3.2 Evolução histórica da gestão de qualidade no contexto hospitalar

Os Estados Unidos da América, desde o início do século 20, evidenciaram esforços para melhorar a qualidade da assistência nos hospitais e faculdades de medicina. Isto procedeu a partir dos trabalhos de Flexner, Codman e do Colégio Americano de Cirurgiões voluntários (PAGLIOSA; ROS, 2008; KEMP; EDLER, 2004).

No início de 1924, o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) criou o Programa de Padronização Hospitalar – PPH, definindo padrões para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Neste programa, três padrões eram considerados: organização do corpo médico, ao exercício da profissão, e a definição de corpo clínico; outro padrão recomendava o preenchimento do prontuário, englobando a história e exames do paciente e, igualmente, as condições da alta; e o último mencionou a existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, recomendando, no mínimo, um laboratório clínico para análises e seção para exames de radiologia (Ver anexo A). A primeira avaliação de hospitais, nos Estados Unidos, ocorreu em 1918. Foram avaliados 692 hospitais com 100 leitos, e somente 89 estavam de acordo com os padrões estabelecidos pelo PPH. Em compensação, uma nova avaliação, realizada em 1950, evidenciou um cenário totalmente diferente, com 3.290 hospitais aprovados pelo PPH (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987; SCHIESARI, 1999).

Em 1949, Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) encontrou obstáculos para manter o PPH, devido às dificuldades econômicas encontradas para manter o manual em virtude do aumento do número de instituições, complexidade e emprego de tecnologia. Diante disso, o CAC buscou parcerias com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais. Da união destes grupos, nos Estados Unidos, em 1951, surgiu a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, entidade independente, não governamental e sem fins lucrativos que buscou inserir a cultura da qualidade médico-hospitalar em nível nacional, além enfatizar os aspectos de avaliação, monitoramento, educação e consultoria hospitalar (ANTUNES; RIBEIRO, 2005; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987; SCHIESARI, 1999).

No ano seguinte, 1952, o Colégio Americano de Cirurgiões transferiu oficialmente para a *Joint Commission Accreditation of Healthcare* o Programa de Padronização Hospitalar, que, em 1953, publicou o primeiro Manual de Padrões para Acreditação Hospitalar e iniciou a oferta

de programa de Acreditação nos Estados Unidos. Em 1970, a *Joint Commission Accreditation of Healthcare* publicou o *Accreditation Manual for Hospital*, preconizando padrões ótimos de qualidade, incluindo processos e resultados da assistência. Em 1987, a comissão passou a denominar-se *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations*. Nos últimos anos, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* passou a atuar no monitoramento dos indicadores de desempenho na assistência clínica e desempenho institucional. Atualmente, assumiu o papel de educação com monitoramento, na atividade de consultoria e na publicação de normas, padrões e recomendações (SCHIESARI, 1999; LIMA; ERDMANN, 2006).

A acreditação hospitalar proporciona diversos benefícios à instituição e aos usuários de seus serviços. Entre os privilégios, sobressaem a segurança aos pacientes e ao profissional de saúde; o cuidado integrado e multidisciplinar com foco no usuário; melhor organização dos processos de trabalho; maior eficiência e eficácia na realização das atividades; a educação continuada para a equipe multiprofissional; o aprimoramento institucional permanente; a avaliação do desempenho institucional e a demonstração de padrões de excelência para usuários (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2013).

3.3 Evolução da gestão de qualidade no Brasil

De acordo com Carvalho (1973), o primeiro estudo brasileiro que revelou preocupação com a qualidade do atendimento médico hospitalar foi publicado em 1935, escrito por Odair Pedroso. Neste estudo, consta a Ficha de Inquérito Hospitalar apresentado à Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, substituída posteriormente pelo Serviço de Medicina Social, hoje extinto. A Ficha de Inquérito Hospitalar preconizava o corpo clínico organizado, com obrigatoriedade de médico plantonista residente, formação do Corpo administrativo, Corpo de Enfermeiros e auxiliares em número proporcional à capacidade e serviços clínicos do hospital, inclusive para plantão noturno, serviços radiológico e fisioterápico. Referente à estrutura física hospitalar, as recomendações foram direcionadas para a existência de laboratório clínico, necrotério com equipamento para necropsia, salas de operações com equipamentos suficientes e anexos, além de espaços para farmácia e serviços auxiliares (cozinha, lavanderia, desinfecção).

Em relação à classificação e categorização de hospitais e outros serviços de saúde, foi em 1951, através do 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, realizado em São Paulo, que foram estabelecidos os primeiros padrões mínimos

para Centro Cirúrgico e analisados os aspectos de planta física e a organização destas unidades hospitalares. Neste contexto, o enfermeiro foi indicado para exercer a administração do Centro Cirúrgico, sendo evidenciada a importância da atuação deste profissional na área administrativa. Foi demonstrado interesse pela adequação do dimensionamento de pessoal através do reconhecimento da necessidade do número suficiente de pessoal devidamente treinado para atuar no setor. Relativo ao regulamento do Centro Cirúrgico, este deverá fazer parte do regulamento do hospital. Referente às rotinas, foi preconizado que elas devem assegurar o bom funcionamento do setor e ser divulgadas a todos. Quanto à avaliação do trabalho do cirurgião, foi sugerida a organização de um fichário contendo elementos que permitam avaliar a sua capacidade profissional. Por fim, considerando o salto histórico na evolução da promoção da segurança do paciente cirúrgico, foi preconizada a obrigatoriedade da existência do prontuário médico para o paciente cirúrgico, devendo este conter o diagnóstico provisório, descrição do ato cirúrgico, ficha de anestesia, diagnóstico operatório e evolução pós-operatória, devendo o prontuário ser assinado pelo médico responsável (CARVALHO, 1973).

Em 1956, foi publicado o Decreto nº 25.465, de 1956, que propôs padrões gerais, segundo os quais os distintos estabelecimentos de saúde podem ser classificados e orientados sobre a assistência hospitalar dos hospitais gerais e particulares, traçando normas que assegurem tratamento eficiente dos doentes (VIANA, 2011). A avaliação da assistência hospitalar, no Brasil, teve início na década de 1970, através de iniciativa do Ministério da Saúde com a publicação de Normas e Portarias, tornando-se mais significativas a partir da década de 90 (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A história da acreditação iniciou no Brasil em 1986, também através de iniciativas do Colégio Brasileiro de Cirurgias (CBC), com a criação da Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais. A partir da década de 90, ocorreram iniciativas regionais relacionadas à acreditação, restritas a entidades hospitalares nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 1998; QUINTO NETO; GASTAL, 1997).

O representante exclusivo no Brasil da *Joint Commission International (JCI)* desde 1998 é o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), com a missão de melhorar continuamente a qualidade e a segurança do cuidado aos pacientes e beneficiários dos sistemas e serviços de saúde, por meio de processos de acreditação e certificações internacionais, educação e ensino. Para tanto, o CBA conta com uma equipe de profissionais qualificados e especializados em acreditação internacional. Os projetos oferecidos estão relacionados com a acreditação para

hospitais, acreditação para centros de cuidados de atenção primária, acreditação para cuidados ambulatoriais, acreditação para cuidados continuados, certificação de programas de cuidados clínicos, acreditação de operadoras de planos de saúde, cursos e desenvolvimento em ensino e pesquisa. Vale ressaltar que o Consórcio Brasileiro de Acreditação CBA é acreditado pelo Coordenação Geral de Acreditação (CGCRE) do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO) como certificadora de Operadoras de Planos de Saúde e como organização acreditadora de serviços de saúde pela *International Society for Quality in Healthcare* (ISQua) (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2017b).

Em 1999, através de iniciativas do Ministério da Saúde, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), entidade não governamental, sem fins lucrativos, com a atribuição de coordenar o sistema de acreditação (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2013). O primeiro hospital brasileiro acreditado pela *Joint Commission International*, em 1999, foi o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo. Atualmente, há 245 hospitais acreditados no país. Infelizmente, esse número é ainda baixo se comparado com os mais de seis mil hospitais existentes em todo território nacional (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2017).

3.4 O processo de acreditação hospitalar

Acreditação está associado a origem do termo “acreditar”, ou seja, dar créditos, merecer confiança e credibilidade. Na assistência à saúde, refere-se à qualidade da assistência prestada, partindo do princípio de que os serviços de saúde devem ser locais seguros para o exercício laboral e para tratamento da saúde do paciente (MEZOMO, 2001). A implantação de um processo de avaliação dos cuidados prestados se justifica pela relevância de se prevenir possíveis riscos ou prejuízos consequentes dessa atividade realizada de forma não adequada (PADILHA, 2010).

De acordo com Donabedian (1980), a qualidade deve ser construída por meio dos sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. O modelo de análise proposto pelo autor está fundamentado na tríade: estrutura, processo e resultado. Sendo assim, a avaliação da “estrutura” dos serviços de saúde corresponde às informações sobre estrutura física e recursos humanos. São exemplos dessa avaliação os recursos materiais (como instalações e equipamentos), humanos (número e qualificação) e estrutura organizacional (critérios de operação, sistemas de avaliação). O “processo”

corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, está relacionado ao "fazer" dos profissionais de saúde, na gerência dos cuidados e no relacionamento com os pacientes. O "resultado" especifica os efeitos e consequências das ações realizadas nos serviços de saúde, transformações verificadas no estado de saúde dos pacientes, observando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador vinculado ao recebimento e prestação dos cuidados. Mutuamente, os indicadores e satisfação da clientela são exemplos de resultado.

Acreditação Hospitalar consiste em um sistema de avaliação externa, nas mesmas dimensões propostas por Donabedian, com o propósito de verificar a adesão dos serviços de saúde a um conjunto de padrões previamente definidos (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010; SHAW et al., 2013; SCHIESARI, 1999). O processo de acreditação hospitalar, de acordo com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (2017a), ocorre através de várias etapas com duração de 18 a 24 meses. Seus principais objetivos são: melhorar a qualidade dos cuidados da saúde, estabelecendo metas ótimas a serem atingidas ao se alcançar os padrões para organizações de saúde; estimular e melhorar a integração e o gerenciamento dos serviços de saúde; reduzir os custos dos cuidados da saúde, realçando a eficiência e efetividade dos serviços e fortalecendo a confiança do público na qualidade dos cuidados à saúde; e reduzir os riscos associados a lesões e infecções em pacientes e membros do quadro de pessoal.

Para iniciar o processo, a instituição de saúde interessada em ser acreditada deverá entrar em contato com Consórcio Brasileiro de Acreditação e preencherá um Formulário de Perfil Institucional. A partir deste, o projeto será elaborado e será apresentada uma proposta para análise por parte da Instituição Acreditadora, que fará uma visita de apresentação, informando a metodologia, documentação necessária e determinando o prazo para que a instituição se prepare para a avaliação. Uma equipe de colaboradores internos – composta por gestores de áreas, setores, unidades e profissionais do departamento de qualidade própria do hospital – recebe capacitação, havendo a exposição da metodologia de acreditação. Essa equipe será encarregada para realizar a capacitação para a visita de acreditação, devendo planejar estratégias para melhorias da qualidade, fundamentadas no manual de acreditação. Esta equipe realizará autoavaliações periodicamente, apontando áreas que estão em conformidade e não conformidades, gerando diagnóstico situacional e estratégias para melhoria.

Para o alcance do título de Acreditação, é primordial o cumprimento das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), direcionadas para a promoção de melhorias específicas na segurança do paciente. As metas ressaltam as áreas críticas na assistência à saúde e apontam soluções, respaldadas em evidências e concepções de especialistas.

Segundo o Manual de Acreditação da *Joint Commission International (JCI)*, as MISP integram seis metas, sendo elas: Meta 1 – Identificar os pacientes corretamente; Meta 2 – Melhorar a comunicação efetiva; Meta 3 – Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; Meta 4 – Assegurar a realização de cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; Meta 6 – Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2017c).

O método para a avaliação utilizada pela *JCI* é o “*Tracer de pacientes*”, que se baseia na seleção de uma (ou mais) doença ou condição, podendo-se então fazer o acompanhamento do paciente desde a sua chegada ao serviço de saúde até o presumível cuidado final, com o objetivo de observar o protocolo da assistência ao paciente em diferentes momentos. O avaliador acompanha toda a trajetória do paciente, desde a sua admissão até o plano de alta e continuidade do cuidado. O objetivo é verificar se a assistência prestada pela equipe multidisciplinar responsável pelo paciente está de acordo com as preconizações contidas do Manual de Acreditação, se houve a comunicação efetiva entre os profissionais e os registros adequados (CONSORCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, 2010).

A avaliação para acreditação ou visita de acreditação é efetuada por uma comissão multidisciplinar, composta, no mínimo, pelo médico, administrador e enfermeiro, que analisam as conformidades com os padrões estabelecidos no manual de acreditação. O tempo de realização, ou seja, de permanência desta equipe na instituição para a realização da visita de acreditação varia de acordo com o tamanho e complexidade da instituição auditada.

Ao término da auditoria, o “Relatório de Visita”, será confeccionado pelos auditores e entregue à instituição avaliada, independentemente de ter sido acreditada ou não. Caso o hospital seja acreditado, receberá um Certificado de Acreditação, com data de validade de acordo com a sua classificação. Após essa data, o hospital deverá submeter-se à avaliação novamente (ALÁSTICO; TOLEDO 2013). O hospital ou serviço de saúde que recebe o certificado de acreditação tem sua imagem melhorada perante a opinião pública e a imprensa, fortalecendo a confiança da comunidade (FELDMAN; CUNHA, 2006).

De acordo com as preconizações do Manual Brasileiro de Acreditação, os níveis de classificação dos certificados de acreditação são crescentes e especificadas em: Acreditado, Acreditação Plena e Acreditação por Excelência (ANTUNES; RIBEIRO, 2005; BONATO, 2007; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010). Os requisitos, nível e validade da certificação estão descritos no

Quadro 1. Mediante a aprovação, a instituição será reconhecida como referência em seus respectivos segmentos de serviços e passará a ter maior destaque em função do alcance da certificação de acreditação hospitalar (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013).

Quadro 1 – Níveis de classificação dos certificados de acreditação

Titulação	Requisitos	Nível	Validade Da Certificação
Acreditado (Estrutura)	Segurança do paciente incluindo aspectos estruturais e assistenciais	1	2 anos
Acreditação Plena (Estrutura e Processo)	Gestão integrada estrutural e processual	2	2 anos
Acreditação por Excelência (Estrutura, Processo e Resultado)	Atende os níveis 1 e 2 com excelência em Gestão	3	3 anos

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (2010).

A instituição pesquisada neste trabalho, em 2013, foi reconhecida como a primeira instituição hospitalar do Brasil e a terceira na América do Sul a possuir o selo de Acreditação por Excelência concedido a hospitais que são também centros médicos acadêmicos. Esta organização recebeu a visita de acreditação para a revalidação do Certificado de Acreditação no período de 05 a 09 de dezembro de 2016.

3.5 Acreditação hospitalar e fatores estressantes para o enfermeiro

Os recursos humanos da instituição são cruciais para a melhoria e garantia da qualidade onde desenvolvem sua prática profissional, prestam a assistência com seus princípios, sua formação profissional, sua habilidade técnica-científica e seu comprometimento. São considerados verdadeiros agentes de transformação (PALADINI, 2007; ZANON, 2001; HIGASHI, et al., 2013).

Diante da escolha de uma nova referência de gestão, nas organizações que decidem pela quebra dos paradigmas da sua velha cultura para melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pela empresa, poderá originar entre os colaboradores uma expectativa e ansiedade, resultando em desconforto, impotência em relação às mudanças recomendadas e estresse (MARRA et al., 1996; MANZO et al., 2012). Nesse contexto, manejar estas repercussões tem sido um dos maiores desafios da Gestão da Qualidade (PALADINI, 2007; HIGASHI et al., 2013).

A enfermagem é considerada uma profissão desgastante/estressante. O estresse ocupacional é ocasionado pelas condições extrínsecas ao enfermeiro, ou seja, atuação hospitalar com extensa carga de trabalho, responsabilidade por mais de um setor, proximidade com a dor, sofrimento dos pacientes e de seus familiares. As condições intrínsecas estão relacionadas à personalidade do enfermeiro e sua visão sobre a morte. Os autores estimulam o apontamento, pelos gestores e próprios profissionais, dos motivos de desgastes laborais, objetivando o melhor manejo para a promoção da melhoria da saúde do enfermeiro e da qualidade da assistência ao paciente (ELIAS; NAVARRO, 2006; LINCH; GUIDO; UMANN, 2010; MARTINO; MISKO, 2004; MARTINS et al., 2000; MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006).

O termo *stress* significa esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações ameaçadoras à vida e ao seu equilíbrio interno. Já o estressor é uma situação ou experiência que gera sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça, que pode ser de origem interna ou externa (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006; MALAGRIS; FIORITO, 2006; PAFARO; MARTINO, 2004; COOPER; SLOAN; WILLIAMS, 1998). Os chamados estressores ocupacionais – ou seja, tensões e problemas decorrentes do exercício de uma atividade profissional – têm sido estudados devido ao seu impacto negativo na saúde do trabalhador e no progresso das organizações (BATISTA; BIANCHI, 2006; PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

Na economia, o impacto negativo do estresse laboral está relacionado à redução do desempenho do trabalhador e acréscimo nos gastos das organizações com problemas de saúde com o aumento do absenteísmo. Além disso, há também uma elevação do número de acidentes de trabalho (BRASIL, 2001; PASCHOAL; TAMAYO, 2004; REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

A contextualização do resultado do estresse na saúde do trabalhador permite observar o risco elevado de esses profissionais serem afetados por sintomas físicos, como fadiga, dores no corpo, insônia, palpitações, alterações intestinais, resfriados constantes, hipertensão, entre outros. No que diz respeito aos sintomas psíquicos, mentais e emocionais, são notáveis a diminuição da memória, ansiedade, nervosismo, perda no senso de humor, depressão, raiva, frustração, irritabilidade e Síndrome de *Burnout* (MENZANI; BIANCHI, 2005; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; SILVA; CARLOTTO, 2008).

O Serviço de Enfermagem, durante a visita de acreditação hospitalar, é avaliado quanto à previsão, organização e administração de recursos para prestação de cuidados aos pacientes, de modo sistematizado, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão. As ações de enfermagem praticadas aos pacientes internados são observadas quanto aos registros em

prontuário. O dimensionamento da equipe de enfermagem deverá ser registrado em escala de acordo com a habilitação requerida, ajustada às necessidades do serviço. Avalia-se a existência de rotinas e procedimentos documentados, atualizados e de fácil acesso. São observados também a existência do monitoramento de indicadores de qualidade do serviço, o desenvolvimento de ações baseadas em protocolos clínicos, a disponibilização de um programa de educação, treinamento continuado e melhoria de processo (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, 2010).

Na vivência profissional, percebe-se a pressão pela melhoria dos indicadores de qualidade do serviço, a intensificação das capacitações nas proximidades da visita de acreditação, a sobrecarga de trabalho do enfermeiro relacionada à responsabilidade de observar a correta aplicação de protocolos e rotinas nos padrões preconizados pelo Manual de Acreditação. No que se refere às contribuições do profissional enfermeiro em áreas de apoio, destaca-se a sua atuação nos serviços de higienização, auxiliando os chefes de setores na observação das condições de higiene da enfermagem e a necessidade de coleta dos resíduos além dos horários programados, otimizando a organização do setor. No setor de rouparia, principalmente na reposição de roupas hospitalares e a coleta de roupas contaminadas e, quando necessário, comunicar situações não conformes aos chefes dos referidos setores. Esse fato evidencia a interface do serviço de enfermagem com diferentes setores para aprimoramento da assistência ao paciente, e, muitas vezes, é percebido pelo enfermeiro como agente estressor, devido a inúmeras responsabilidades relacionadas à assistência direta ao paciente atribuídas a este profissional.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, prospectivo e longitudinal.

4.1 Campo de estudo

Este estudo foi realizado em uma instituição hospitalar pública e universitária, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), situada em Porto Alegre/RS. Esta instituição conquistou a acreditação pela *Joint Commission International (JCI)* no final de 2013, depois de quatro anos de preparação. Possui 842 leitos, com aproximadamente 34.000 internações por ano (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016).

4.2 Participantes do estudo

Foram convidados a participar da pesquisa os enfermeiros que exercem suas atividades laborais na área assistencial nos diferentes setores da instituição.

4.3 Critérios de exclusão

Licença médica, afastamento ou férias no período da coleta de dados e os enfermeiros que não concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4 Critérios de perda

Enfermeiros que não responderam os instrumentos de coleta de dados.

4.5 Coleta de dados

Considerando a temática deste estudo, a coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas. A primeira etapa, cinco meses antes da auditoria para revalidação do título, ocorreu na primeira quinzena do mês de julho. Os participantes do estudo receberam por e-mail um *link* para acessar o questionário e o Inventário de Estresse em Enfermeiros. No e-mail, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente os enfermeiros que concordaram com o TCLE participaram da pesquisa. A segunda etapa, realizada

imediatamente antes da auditoria, ocorreu na primeira semana do mês de dezembro de 2016. Nesta etapa, foi enviado novamente o instrumento de avaliação de estresse, porém apenas para os enfermeiros que responderam ao questionário na primeira etapa.

4.6 Instrumentos de coleta de dados

4.6.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário foi constituído por questões sociodemográficas, ocupacionais e opinião quanto aos aspectos positivos e negativos da Acreditação Hospitalar. Encontra-se no Apêndice A.

4.6.2 Inventário de Estresse em Enfermeiros

O Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE) é um instrumento validado, de autopreenchimento, desenvolvido para a aplicabilidade com enfermeiros para mensurar os estressores vivenciados no ambiente de trabalho e sua frequência no cotidiano deste profissional (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2000). Possui 38 itens e três domínios, com escala tipo *Likert*, que varia de um a cinco, em que significam: (1) nunca; (2) raramente; (3) algumas vezes; (4) muitas vezes; e (5) sempre. Quanto maior a pontuação, maior a frequência com que o estressor é vivenciado. A pontuação do IEE global pode oscilar entre 44 a 220. Os domínios do IEE são:

- a) **Relações Interpessoais (RI):** aborda a frequência com que as relações interpessoais com outros profissionais, pacientes e familiares são vivenciadas como estressores pelo trabalhador. Circunscreve a capacidade de conciliar questões profissionais e familiares, relacionamento com colegas enfermeiros, relacionamento com equipe médica, relacionamento com a chefia, trabalhar em equipe, assistir pacientes graves, atender familiares, ensinar o aluno, atender um número grande de pessoas, resolver imprevistos que acontecem no local de trabalho, fazer um trabalho repetitivo, manter-se atualizado, prestar assistência ao paciente, executar procedimentos rápidos, dedicação exclusiva à profissão, responsabilizar-se pela qualidade de serviço que a instituição presta e a especialidade em que trabalha;
- b) **Papéis Estressores na Carreira (PEC):** o domínio PEC aborda a frequência de estressores relacionados à prática profissional, tais como falta de reconhecimento e

autonomia da profissão, trabalhar com pessoas despreparadas, trabalhar em instalações físicas inadequadas, trabalhar em ambiente insalubre, trabalhar em clima de competitividade, assistir ao paciente, distanciamento entre teoria e prática, indefinição do papel do enfermeiro, impossibilidade de prestar assistência direta ao paciente, ter um prazo curto para cumprir ordens, restrição da autonomia profissional, interferência da política institucional no trabalho e sentir-se impotente diante das tarefas a serem realizadas;

- c) Fatores Intrínsecos ao Trabalho (FIT): aborda a frequência com que funções desempenhadas, jornada de trabalho e recursos inadequados são vivenciados como estressores do ambiente de trabalho pelos enfermeiros. Dizem respeito ao fazer esforço físico para cumprir o trabalho, desenvolver atividades além da função ocupacional, cumprir na prática uma carga horária maior, levar serviço para fazer em casa, falta de material necessário ao trabalho, falta de recursos humanos, administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas, executar tarefas distintas simultaneamente, sentir desgaste emocional com o trabalho, responder por mais de uma função no emprego (HIGASHI et al., 2013; PRETO et al., 2009) (ANEXO B).

4.6.2.1 Definições

Além da avaliação como variável contínua do Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE), os enfermeiros foram classificados em estresse baixo ou alto. O ponto de corte para tal classificação foi a média do IEE na amostra incluída no estudo.

Para verificar a associação entre percepção das consequências da acreditação e nível de estresse, cada ponto positivo ou negativo apontado pelos enfermeiros, entre os pontos apresentados no questionário, foi contabilizado. Ao final, foi feita comparação entre os enfermeiros que destacaram mais pontos negativos e os enfermeiros que destacaram mais pontos positivos ou que destacaram igualmente pontos positivos e negativos.

4.7 Análises estatísticas

A análise estatística dos dados coletados foi realizada através de estatística descritiva com cálculo da média, desvio padrão, frequência e percentual. Os testes estatísticos utilizados foram o teste *Qui-quadrado* e exato de Fisher para avaliação de variáveis categóricas e o teste *t* de *student* ou de Mann-Whitney para variáveis contínuas. Variáveis com valor de $p < 0,1$ na

análise univariada para a ocorrência de estresse foram incluídas no modelo de regressão logística. Um valor bicaudal de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS, versão 22.0.

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAEE 49229615.6.0000.5307). O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) encontra-se no Anexo B.

5 RESULTADOS

Na primeira fase do estudo, o questionário sociodemográfico e Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE) foram enviados por e-mail para 470 enfermeiros. Destes, 109 (23,2 %) responderam. As características sociodemográficas estão demonstradas na tabela 1. A população do estudo foi constituída principalmente por mulheres casadas ou com união estável. Além disso, o tempo médio de formação e de trabalho na instituição foi maior do que 10 anos.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da população

Variáveis	N = 109
Idade, anos, mediana (IQ)	42,0 (35,0 – 51,0)
Sexo, feminino, n (%)	101 (92,7)
Turno, n (%)	
Manhã	52 (47,7)
Tarde	15 (13,8)
Noite	23 (21,1)
Intermediário	11 (10,1)
Sexto turno	8 (7,3)
Estado civil, n (%)	
Casado / união estável	79 (72,5)
Divorciado	9 (8,3)
Solteiro	19 (17,4)
Viúvo	2 (1,8)
Tempo de formação, média ± DP	18,1 ± 9,1
Tempo de trabalho no hospital, média ± DP	14,0 ± 10,2

Fonte: autoria própria, 2017.

Quanto à análise do IEE, a média apresentada no escore, na primeira fase da pesquisa, foi de $123,2 \pm 29,0$. Baseado nesta média, 51 (46,8%) enfermeiros foram considerados como tendo um alto nível de estresse. Com relação aos três domínios do inventário, a média das questões foi 2,8, 2,8 e 2,9 para relações interpessoais, papéis estressores na carreira e fatores intrínsecos ao trabalho, respectivamente. Isoladamente, a pergunta que atingiu maior média para estresse foi referente a administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas. A pergunta com a menor média para estresse foi referente à falta de material necessário ao trabalho.

Na segunda etapa da pesquisa, próxima à visita da *JCI*, o questionário Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE) foi enviado aos 109 enfermeiros que responderam na primeira etapa. Destes, 63 (57,8%) responderam. Nesta segunda fase da pesquisa, a média do IEE foi $125,0 \pm 27,2$. Não houve diferença estatística entre as duas etapas analisadas quanto à média do IEE ($p = 0,68$).

Com relação à percepção das consequências da acreditação hospitalar, foram apontados como aspectos positivos o aumento na segurança do paciente e a maior qualificação profissional através da realização de capacitações. O aumento da burocratização da assistência e maior vigilância de falhas ou erros, expondo os profissionais, foram os principais aspectos negativos relatados pelos respondentes (Tabela 2). Um terço ($n = 37$) dos enfermeiros relatou mais pontos negativos do que positivos. Além disso, na seção de comentários livres, o aspecto que sobressaiu foi a pouca cobrança sobre médicos em comparação com a cobrança sobre os enfermeiros, o que, segundo os respondentes, resulta em sobrecarga da enfermagem.

Tabela 2 – Consequências positivas e negativas da acreditação hospitalar

Consequências da acreditação hospitalar	N
Aumento na segurança do paciente através da implantação de protocolos assistenciais	106 (97,2)
Maior qualificação profissional através da realização de capacitações	75 (68,8)
Maior burocratização da assistência, reduzindo o tempo de assistência à beira do leito	64 (58,7)
Maior vigilância de falhas / erros, expondo os profissionais	55 (50,5)
Cobrança exagerada sobre o enfermeiro	51 (46,8)
Melhoria do clima organizacional, estimulando o companheirismo entre colaboradores dos serviços	29 (26,6)
Carência de reconhecimento do trabalho do enfermeiro	25 (22,9)

Fonte: autoria própria, 2017.

Na análise não-ajustada, o turno de trabalho manhã, o estado civil casado/união estável e ter destacado mais pontos negativos em relação à acreditação mostram associação com maior nível de estresse (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise univariada com relação ao nível de estresse

Variáveis	Estresse baixo (n=58)	Estresse alto (n=51)	P
Idade, anos	41,5 (34,0 – 51,5)	44,0 (36,0 – 51,0)	0,30
Tempo de formação, anos	17,5 ± 9,9	18,7 ± 8,0	0,49
Tempo de trabalho, anos	13,3 ± 11,1	14,8 ± 9,1	0,43
Turno de trabalho			0,02*
Manhã	23 (39,7)	29 (56,9)	
Tarde	8 (13,8)	7 (13,7)	
Noite	13 (22,4)	10 (19,6)	
Intermediário	7 (12,1)	4 (7,8)	
Sexto turno	7 (12,1)	1 (2,0)	
Estado Civil			0,04*
Casado/união estável	37 (63,8)	42 (82,4)	
Divorciado	4 (6,9)	5 (9,8)	
Solteiro	15 (25,9)	4 (7,8)	
Viúvo	2 (3,4)	-	
Ter destacado mais pontos negativos	13 (22,4)	24 (47,1)	0,007**

Dados apresentados em média ± DP, mediana (IQ) ou n (%). * p < 0,05. ** p < 0,01
 Fonte: autoria própria, 2017.

No entanto, na análise multivariada, apenas o estado civil e ter destacado mais pontos negativos mantiveram associação independente com o nível de estresse (Tabela 4). Um resultado importante a se destacar é que enfermeiros que observaram mais pontos negativos do que positivos com relação à acreditação hospitalar apresentaram 3,4 vezes mais chances de ter estresse alto do que os outros enfermeiros.

Tabela 4 – Análise multivariada com relação ao nível de estresse

Variável	OR	IC 95%	P
Turno de trabalho manhã	1,8	0,8 – 4,2	0,13
Casado / união estável	2,9	1,1 – 7,5	0,03*
Ter destacado mais pontos negativos	3,4	1,4 – 8,1	0,006**

* p < 0,05. ** p < 0,01

Fonte: autoria própria, 2017.

6 DISCUSSÃO

Verificou-se que não houve associação entre a auditoria da acreditação hospitalar e o nível de estresse dos enfermeiros. Este é o primeiro estudo da literatura que investiga esta associação entre enfermeiros assistenciais. Verificou-se também que os enfermeiros que destacaram mais pontos negativos no processo de acreditação apresentaram maior nível de estresse, assim como os enfermeiros casados ou com união estável.

Elkins et al. (2010) investigaram a associação entre visita da *Joint Commission International (JCI)* e estresse em enfermeiros com função administrativa. Neste estudo, a visita da *JCI* associou-se com maior nível de estresse. Este resultado é discordante do que se obteve no presente estudo. Uma explicação possível para esta diferença é o papel do enfermeiro. Neste estudo, os sujeitos da pesquisa eram enfermeiros dedicados à assistência. No estudo de Elkins et al. (2010), 89% dos enfermeiros tinham papel administrativo. O estresse percebido pela visita da acreditação pode variar conforme a atuação do profissional. Administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas foi o fator isolado mais associado com estresse no nosso estudo. Conforme Caregnato e Lautert (2005) e Cardozo e Silva (2014), os resultados do estresse são mais acentuados entre os colaboradores que desempenham tarefas que envolvam relacionamento interpessoal, pois um dos grandes desafios para o ser humano é conciliar a ternura, a cordialidade, e a interação no trabalho. Nesse contexto, gerenciar o trabalho da equipe de enfermagem e manter relação interpessoal com equipes multiprofissionais pode ter um desfecho desfavorável à saúde do trabalhador devido à possibilidade de ocorrência de conflitos. Nesta circunstância, a solidariedade e o cultivo da empatia entre os membros da equipe auxiliam na redução das consequências causadas pelas demandas psicológicas associadas às relações interpessoais, suavizando o estresse ocupacional (LUVISOTTO et al., 2010).

Os enfermeiros não visualizam de maneira uniforme a influência do processo de acreditação. Alguns percebem o processo apenas de forma positiva, outros apenas de forma negativa. Há aqueles que conseguem ver os aspectos positivos e negativos da acreditação (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012; HIGASHI et al., 2013). O presente estudo foi o primeiro a avaliar a associação entre essa percepção do processo de acreditação e o nível de estresse entre os enfermeiros assistenciais. Os enfermeiros que veem mais pontos negativos no processo de acreditação apresentaram o maior nível de estresse. Umann (2011) verificou que os enfermeiros que enfrentam as situações de estresse de uma maneira proativa no ambiente de trabalho e que agem positivamente frente a uma situação estressora apresentam menor nível de estresse.

Conforme Folkman (1986), as estratégias de *coping* referem-se aos mecanismos que o indivíduo procura na tentativa de mudar as circunstâncias, tornando-as menos ameaçadoras. Nesse contexto, o otimismo surge como um excelente indicador de resiliência. O indivíduo otimista acredita na melhoria da situação vivenciada, sendo perseverante na procura da motivação para resolução dos problemas (AVEY; LUTHANS; YOUSSEF, 2009; KLUEMPER; LITTLE; DEGROOT, 2009; SELIGMAN, 1998). O estresse vivenciado pelo enfermeiro, portanto, não está unicamente vinculado à situação estressora, mas tem relação também com a avaliação que o indivíduo faz da situação, bem como a maneira como o mesmo reage frente a ela (KLEINUBING, 2013; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Os hospitais acreditados são fatores de riscos ou de proteção para estresse, dependendo do aspecto estressor avaliado. Higashi et al. (2013) avaliaram o nível de estresse entre enfermeiros comparando hospitais acreditados com hospitais não-acreditados. Atuar em hospital acreditado foi fator de proteção para estresse relacionado à falta de material e ao ambiente com instalações inadequadas, porém foi fator de risco para estresse decorrente de conciliar questões profissionais e familiares, assistir a pacientes graves, atender familiares e administrar ou supervisionar o trabalho de outros. Estes achados vão ao encontro do presente estudo, realizado em hospital acreditado onde supervisionar o trabalho de outras pessoas foi a variáveis de maior impacto no nível de estresse.

A população do estudo foi constituída por 92,7% de profissionais do sexo feminino. Vários estudos ilustraram este resultado demonstrando a predominância do sexo feminino representando a profissão (CORRÊA et al., 2012; GUIDO et al., 2011; INOUE et al., 2013; MARTINS et al., 2000; MENZANI; BIANCHI, 2005; SANTANA et al., 2013). Pressupõe-se que a enfermagem se tornou uma profissão predominantemente feminina devido às atribuições das atividades relacionadas ao cuidado serem designadas ao sexo feminino desde a antiguidade (DONOSO, 2000; FERNANDES; IWAMOTO; TAVARES, 2010). Outro fato que fundamentou a interpretação deste resultado é a trajetória histórica do surgimento da enfermagem, principalmente no que diz respeito ao modelo de enfermagem implantado no Brasil, no século passado, limitando o acesso à profissão exclusivamente às mulheres (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012; PEREIRA, 2008).

No que se refere à idade da população pesquisada, predominou a faixa etária entre 35 e 51 anos, com mais de 10 anos de formação acadêmica e de trabalho na instituição. Considera-se que o maior tempo de experiência profissional leva à ampliação do conhecimento, à segurança para execução dos procedimentos e ao melhor entendimento dos processos de enfermagem. Além disso, o maior tempo de admissão na instituição conduz ao melhor

conhecimento da missão, visão e valores institucionais, resultando em adaptação aos protocolos institucionais e melhor gerenciamento do estresse laboral (CAVALHEIRO; MOURA JÚNIOR; LOPES, 2008). No presente estudo, no entanto, não houve diferença na prevalência de estresse com relação à idade, tempo de formação ou tempo de trabalho no hospital.

O aumento na segurança do paciente através da implantação de protocolos assistenciais foi citado por 97,2% dos enfermeiros. Este resultado é semelhante aos resultados do estudo realizado por Velho e Treviso (2013), com o objetivo de conhecer a opinião de profissionais de enfermagem sobre a implantação de um programa de qualidade. Nesse estudo, a busca contínua de boas práticas na assistência de enfermagem e a realização de atividades educativas foram destacadas como aspectos positivos. Mendes e Mirandola (2014) realizaram um estudo em seis hospitais paulistas acreditados buscando analisar os impactos da acreditação hospitalar. Os autores registraram achados que evidenciam o fortalecimento da cultura de segurança em todas as instituições pesquisadas, dentre eles a implementação de medidas preventivas de riscos aos pacientes através da revisão e maior supervisão da aplicação dos protocolos assistenciais.

O segundo ponto positivo com maior destaque, citado por 68,8% dos enfermeiros, foi o investimento na qualificação profissional através da realização de capacitações. Este resultado vai ao encontro dos achados de outros estudos (COSTA, 2005; LIMA JÚNIOR; ÉSTHER, 2001; LUNARDI FILHO; MAZZILLI, 1996; MANZO et al., 2012; MENDES; MIRANDOLA, 2014). A possibilidade de crescimento profissional relacionada à valorização do currículo através das capacitações é apontada como fator de satisfação entre os profissionais de enfermagem. A capacitação da equipe de enfermagem é uma das estratégias cruciais para promoção do crescimento profissional, estimulando o enfermeiro a contribuir para o alcance das metas institucionais, que incluem a prática da assistência segura (CECAGNO; CECAGNO; SIQUEIRA, 2005; MANZO; BRITO; CORRÊA, 2011).

Em relação aos aspectos negativos, os enfermeiros destacaram a maior burocratização da assistência, reduzindo o tempo de cuidado à beira do leito. Maziero e Spiri (2013) e Manzo et al. (2012) encontraram o mesmo resultado ao realizarem pesquisa buscando compreender o significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros. Os participantes registraram como aspecto negativo da acreditação o preenchimento de vários impressos organizacionais e administrativos, reduzindo o tempo para assistência direta ao paciente. Este resultado contraria a filosofia da gestão de qualidade, que prioriza a assistência integral, promovendo a interação entre paciente e cuidador (MANZO et al., 2012; WALDOW, 2005; CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2017c). Outro aspecto negativo apontado pelos enfermeiros foi a maior vigilância de falhas ou erros, expondo os profissionais. Em estudo

recente, 50% dos profissionais de saúde entrevistados sentiam que seus erros eram usados contra eles e 35% temiam que os erros cometidos seriam mantidos em seu arquivo pessoal (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014).

A cobrança exagerada sobre o enfermeiro, resultando em sobrecarga de trabalho, foi outro aspecto apontado pelos participantes da pesquisa. Em outros estudos, os enfermeiros também apontaram como fator estressante as cobranças recebidas, como pressões para o cumprimento dos seus deveres associadas à grande demanda de trabalho (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001; MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012; MENDES; MIRANDOLA, 2014).

Com relação à interface família-trabalho, observou-se maior estresse entre os participantes casados ou com união estável. Possivelmente, este resultado possa ser explicado pelo fato dos enfermeiros associarem ao seu cotidiano o trabalho doméstico, que é atribuído frequentemente ao gênero feminino, resultando em dupla ou até mesmo uma tripla jornada de trabalho (PAFARO; MARTINO, 2004). No entanto, no estudo realizado por Stacciarini e Tróccoli (2001), a responsabilidade com a casa e com os filhos e outros ora representou para os enfermeiros fator estressante, ora fator de proteção.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Por ter sido conduzido em um único centro, o que dificulta uma extrapolação maior dos resultados. Embora a primeira fase tenha ocorrido cinco meses antes da auditoria da acreditação, não se pode ter certeza que seja um período suficientemente distante para garantir ausência de relação, pois a instituição hospitalar pesquisada inicia capacitações para a auditoria com bastante antecedência.

Portanto, estes resultados sugerem que a auditoria da acreditação hospitalar não esteja associada com o nível de estresse dos enfermeiros assistenciais. Parece ser mais importante a maneira como o enfermeiro percebe o processo de acreditação, apresentando menor nível de estresse à medida que percebe mais aspectos positivos no processo. Este resultado pode ser importante para o desenvolvimento de estratégias que objetivem a redução do nível de estresse entre os enfermeiros.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estresse no ambiente de trabalho é sinônimo de que o funcionário ultrapassou os limites individuais de sua capacidade de adaptação aos fatores estressantes. O enfermeiro submetido constantemente a situações estressantes poderá ser acometido por patologias que virão a prejudicar o desempenho da sua função, repercutindo em declínio da qualidade da assistência e prejuízo para a instituição e na qualidade de vida deste profissional. O enfermeiro transita pelos diversos cenários hospitalares, prestando assistência direta ao paciente, além de realizar atividades relacionadas a educação e de gerência do serviço de enfermagem. Este profissional, devido à versatilidade do seu trabalho, apresenta grande potencial para promover a transformação do setor no qual realiza as atividades laborais.

À luz da análise dos resultados desse estudo, nota-se que os aspectos positivos da acreditação se sobressaíram em relação aos aspectos negativos. No entanto, houve a conclusão que o nível de estresse foi mais elevado em enfermeiros que destacaram mais pontos negativos. Partindo deste princípio, os gestores poderão buscar estratégias para superação das dificuldades. Tais estratégias devem tornar este profissional capaz de entender que, diante das adversidades vivenciadas da busca da excelência da assistência, pode-se encontrar o caminho para a resiliência. Sugere-se que os resultados deste trabalho estejam disponíveis aos enfermeiros, no intuito de despertá-los sobre a necessidade de um novo olhar para a acreditação hospitalar, minimizando o estresse laboral e destacando os benefícios que a gestão de qualidade proporciona para a instituição como um todo.

8 PRODUTO TÉCNICO

O emprego de recursos tecnológicos no ambiente de trabalho tem sido cada vez mais crescente. Este recurso, quando utilizado e administrado de forma adequada e inteligente, pode beneficiar a prática em múltiplas esferas (BAGGIO; ERDMANN, SASSO, 2010).

A interatividade proporcionada pelos aplicativos multimídias pode auxiliar tanto na tarefa de ensinar quanto na de aprender (SOUSA; MOITA; CARVALHO, 2011). Considerando o ambiente em que os enfermeiros assistenciais estão inseridos, optou-se pela elaboração de um aplicativo de celular com o objetivo de despertá-los sobre a necessidade de um novo olhar para acreditação hospitalar. A escolha desse produto técnico se deve ao fato da instituição pesquisada ter desenvolvido várias estratégias para o alcance das metas institucionais e individuais através do uso da multimídia.

8.1 Público Alvo

Enfermeiros assistenciais que exercem suas atividades laborais no Serviço de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

8.2 Aplicativo

A navegação no aplicativo é feita através de um menu em grelha. Os enfermeiros assistenciais serão informados sobre a disponibilidade deste aplicativo através da intranet da instituição pesquisada. Clicando nos ícones do menu, o enfermeiro encontrará informações gerais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um breve histórico do processo de acreditação hospitalar na instituição, os benefícios e avanços já alcançados através das estratégias utilizadas pela gestão de qualidade na busca da excelência da assistência ao paciente, os resultados desta pesquisa e últimas notícias (nesta seção, o enfermeiro ficará sabendo das próximas visitas e das próximas ações que o hospital desenvolverá com relação à acreditação). Além disso, notificações em *push* (informações, na forma de alerta, enviadas diretamente ao usuário), com dicas de segurança do paciente, metas e campanhas institucionais, serão enviadas semanalmente. Por fim, o enfermeiro terá uma seção de comentários, que podem ser enviados à administração do hospital, gerando uma ferramenta de comunicação.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, Nilce Piva. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. especial (Parte I), p.190-196, 2000. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_esp1/pdf/art23.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **2014 User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/2014/index.html>>. Acesso em: 18 jan. 2015.
- ALÁSTICO, Gabriel Pedro; TOLEDO, José Carlos de. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2016.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O Saber da Enfermagem e sua Dimensão Prática**. São Paulo: Cortez Editora, 1986.
- ANTUNES, Felipe Lacerda; RIBEIRO, José Luis Duarte. Acreditação Hospitalar: Um Estudo de Caso. **Produção Online**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 1-27, mar. 2005. Disponível em: <<https://producaoonline.org.br/rpo%20/article/viewFile/322/419>>. Acesso em: 20 set. 2016.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (APM). **Controle da qualidade do atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo**: manual de orientação aos hospitais participantes. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
- AVEY, James B.; LUTHANS, Fred; YOUSSEF, Carolyn M. The additive value of positive psychological capital in predicting work attitudes and behaviors. **Journal of Management**, South Carolina, v. 36, n. 2, p. 430-452, mar. 2009. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0149206308329961>>. Acesso em: 27 jan. 2017.
- AZAMBUJA, Eliana Pinho de et al. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 658-666, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400008>. Acesso em: 27 fev. 2017.
- BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-385, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200021>. Acesso em: 20 fev. 2017.
- BATISTA, Karla de Melo; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BEZERRA, Francimar Nipo; SILVA, Telma Marques da; RAMOS, Vânia Pinheiro. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 151-156, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026829018>>. Acesso em: 28 mai. 2015.

BONATO, Vera Lúcia. **Gestão em saúde**: programas de qualidade em hospitais. São Paulo: Ícone, 2007.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 114).

BRITTO, Eliane Da Silva; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Stress, coping (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva e problemas renais. **Enfermería Global**, Murcia, v.3, n.1, 2004. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/589/627>>. Acesso em: 28 mai. 2015.

CARDOZO, Carolina Garcia; SILVA, Leticia Oliveira. A importância do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. **Interbio**, Dourados, v. 8, n. 2, jul./dez 2014. Disponível em: <http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol8_num2/arquivos/artigo3.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.

CAREGNATO, Rita Catalina de Aquino; LAUTERT, Liana. O estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 5, p. 545-550, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a09v58n5.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

CARVALHO, L. F. Padrões mínimos de organização de hospitais. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 107, 1973.

CAVALHEIRO, Ana Maria; MOURA JÚNIOR, Denis Faria; LOPES, Antonio Carlos. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 29-35, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2017.

CECAGNO, Diana; CECAGNO, Susana; SIQUEIRA, Hedi Crecência Heckler de. Trabalhador de enfermagem: agente colaborador no cumprimento da missão institucional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 22-26, jan./fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a04.pdf>. Acesso em: 18 jan.2017

CHIODI, Mônica Bonagamba; MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 632-638, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2016.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). **Como iniciar o processo**. Rio de Janeiro; São Paulo, 2017a. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/acreditacao/como-iniciar-o-processo.asp>. Acesso em: 28 fev. 2017.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). **Institucional**. Rio de Janeiro; São Paulo, 2017b. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/institucional/>. Acesso em: 12 jan. 2017.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). **Metas internacionais de segurança**. Rio de Janeiro; São Paulo, 2017c. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/acreditacao/metas-internacionais.asp>. Acesso em: 28 fev.2017.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE (CBASSS). **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

COOPER, Cary L.; SLOAN, Stephen J.; WILLIAMS, Stephen. **Occupational stress indicator management guide**. Londres: Thorbay, 1988.

CORRÊA, Áurea Christina Paula et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá-Mato Grosso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 171-180, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a20.htm>. Acesso em: 12 jan.2017.

COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem**: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público Ribeirão Preto. 2005. 226 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07052005.../publico/Costa_ALRC.pdf. Acesso em: 10 nov. 2016.

COSTA, Roberta et al . O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jan. 2017.

DONABEDIAN, Avedis. **The definition of quality and approaches to its assessments**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v.1. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring)

DONOSO, Miguir Terezinha Vieccelli. O gênero e suas possíveis repercussões na gerência de enfermagem. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 4, n. 1/2, p. 67-69, 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26590&indexSearch=ID>. Acesso em: 02 jan. 2017.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.

4, p. 517-525, dez. 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

ELKINS, Gary et al. Perceived Stress Among Nursing and Administration Staff Related to Accreditation. **Clinical Nursing Research**, Pennsylvania, v. 19, n. 4, p. 376, nov. 2010.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3907189/>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

FELDMAN, Liliane Bauer; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.4, p.540-545, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/2329>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.2, p. 214-219, abr/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

FERNANDES, Janielle Silva; IWAMOTO, Helena Hemiko; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n.3, p. 434-342, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a04v19n3>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

FERNANDES, Sandra Michelle Bessa de Andrade; MEDEIROS, Soraya Maria de; RIBEIRO, Laiane Medeiros. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 414-427, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

FERRAREZE, Maria Verônica Guilherme; FERREIRA, Viviane; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 310-315, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2017.

FOLKMAN, Susan et al. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 50, n. 5, p. 992-1003, mai. 1986. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/psp/50/5/992/>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

GOUVEIA, Márcia Teles de Oliveira et al. Avaliação do estresse e sintomas apresentados pelos enfermeiros de unidades de terapia intensiva pediátricas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 1, p. 360-367, jan. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10347>>. Acesso em: 14. mar. 2016.

GUIDO, Laura de Azevedo et al. Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1434-

1439, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40855>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

HIGASHI, Priscilla et al. Situações potencialmente geradoras de estresse para enfermeiros segundo condição de acreditação do hospital. **Rene - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1141-1148, nov./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Principais números**. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <www.hcpa.edu.br/content/view/441/2617/>. Acesso em: 28 out. 2016.

INOUE, Kelly Cristina et al. Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 722-729, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2017.

JOGULU, Uma D.; WOOD, Glenice J. The role of leadership theory in raising the profile of women in management. **Equal Opportunities International**, Bingley, v. 25, n. 4, p. 236-250, 2006. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1571709>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Code of Conduct**. Oak Brook: JCI, 2013. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>>. Acesso em: 26 mai. 2015.

KEMP, Amy; EDLER, Flavio Coelho. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 569-585, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2017.

KLEINUBING, Raquel Einloft et al. Estresse e coping em enfermeiros de terapia intensiva adulto e cardiológica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 335-344, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8924/pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

KLUEMPER, Donald H.; LITTLE, Laura M.; DEGROOT, Timothy. State or trait: effects of state optimism on job-related outcomes. **Journal of Organizational Behavior**, v. 30, n. 2, p. 209-231, fev. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.591/full>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo et al. Planejamento em Enfermagem e Saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 430-435, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a23.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de**

Enfermagem, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 271-278, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2017.

LIMA JÚNIOR, José Humberto Viana; ÉSTHER, Angelo Brigato. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, jul/set. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n3/v41n3a03>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina; RODRIGUES, Avelino Luiz. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 1996.

LINCH, Graciele Fernanda da Costa; GUIDO, Laura de Azevedo; UMANN, Juliane. Estresse e Profissionais da Saúde: Produção do Conhecimento no Centro de Ensino e Pesquisas em Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 542-547, jul/set. 2010. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2.2.4/index.php/cogitare/article/view/18901/12209>>. Acesso em: 28 de fev. 2017.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; MAZZILLI, Cláudio. O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 63-71, jul./set. 1996. Disponível em: <200.232.30.99/download.asp?file=3103063.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2017.

LUVISOTTO, Marília Moura et al. Atividades assistenciais e administrativas do enfermeiro na clínica médico-cirúrgica. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 209-214, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0209.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2017.

MACHADO, Maria Helena; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; OLIVEIRA, Eliane. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 119-122, ago. 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

MALAGRIS, Lúcia Emmanoel Novaes; FIORITO, Aurineide Canuto Cabraíba. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 391-398, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000400007>. Acesso em: 15 nov. 2016.

MALAGUTTI, William; MIRANDA, Sonia Maria Rezende Camargo de. **Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização**. São Paulo: Phorte Editora, 2010.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; CORRÊA, Allana dos Reis. Acreditação hospitalar: aspectos dificultadores na perspectiva de profissionais de saúde de um hospital privado. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 259-266, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/34>>. Acesso: 28 dez. 2015.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; CORRÊA, Allana dos Reis. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 388-394, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2015.

MANZO, Bruna Figueiredo et al. As implicações do processo de acreditação para os pacientes na perspectiva de profissionais de enfermagem. **Enfermería Global**, n. 25, p. 272-281, jan. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_administracion6.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2017.

MARRA, Fátima et al. **Maternidade Darcy Vargas**: excelência no atendimento ao binômio mãe – filho. Rio de Janeiro: IPEA, 1996. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2086>>. Acesso em: 02 out. 2016. (Texto para discussão n. 411).

MARTINO, Milva Maria Figueiredo de; MISKO, Maira Deguer. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 161-167, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/06.pdf>>. Acesso em: 12 jan.2017.

MARTINS, Claudia Cristiane Filgueira; VIEIRA, Alcivan Nunes; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. The wearing related to work in the perspective of nurses of pre-hospital care. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 2024-2032, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1375/pdf_406>. Acesso em: 13 nov. 2016.

MARTINS, Luciana Monteiro Mendes et al. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 52-8, mar. 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/41135/44681>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

MAZIERO, Vanessa Gomes; SPIRI, Wilza Carla. Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 121-129, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442013000100014>. Acesso em: 18 jan. 2017.

MENDES, Glauco Henrique de Sousa; MIRANDOLA, Thayse Boucinha de Sousa. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados.. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 19, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/2015nahead/0104-530X-gp-0104-530X1226-14.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

MENZANI, Grazielle Y.; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Determinação dos estressores dos enfermeiros atuantes em unidade de internação. **Enfermería Global**, n. 7, p. 1-9, nov. 2005. Disponível em: <revistas.um.es/eglobal/article/download/461/490>. Acesso em: 12 jan.2017.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. 1. ed. São Paulo: Loyola, 2001.

MONTANHOLI, Liciane Langona; TAVARES, Darlene M. dos Santos; OLIVEIRA, Gabriela Ribeiro de. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 661-665, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034. Acesso em: 10 mai. 2015.

MUROFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2016.

NASH, Rosalind. **Um esboço da vida de Florence Nightingale**. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1980.

NIGHTINGALE, Florence. **[Frases e pensamentos]**. São Paulo, [S.D.]. Disponível em: <<http://pensador.uol.com.br/frase/NzY5ODAw/>>. Acesso: em 27 fev. 2017.

NOGUEIRA, Luiz Carlos Lima. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; Escola de Engenharia da UFMG, 1996.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **A história da acreditação no Brasil**. São Paulo, 03 jul. 2013. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Noticia/216/A-ONA-e-a-historia-da-acreditacao-no-Brasil>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Acreditação**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/33/Acreditacao>>. Acesso: 25 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: ONA, 2010

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Organizações certificadas**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

PADILHA, Elaine Fátima. **Auditoria como ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário**. 2010. 168 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

PAFARO, Roberta Cova; MARTINO, Milva Maria Figueiredo de. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-160, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2017.

- PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2017.
- PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da Qualidade: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Álvaro. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, p. 45-52, abr. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2016.
- PEREIRA, Paulo Fábio. **Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional**. 2008. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13069>>. Acesso em: 17 jan. 2017.
- PRETO, Vivian Aline et al. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 841-848, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2015.
- QUINTO NETO, Antonio; GASTAL, Fábio Leite. **Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.
- REIS, Ana Lúcia Pellegrini Pessoa dos; FERNANDES, Sônia Regina Pereira; GOMES, Almiralva Ferraz. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 712-725, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2017.
- ROBERTS, James S.; COALE, Jack G.; REDMAN, Robert R. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. **JAMA**, v. 258, n. 7, p. 936-940, 1987. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/367766>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- ROCHA, Elyrose Sousa Brito; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 240-5, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_16>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- RODRIGUES, Edwal Aparecido. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier; 1997.
- SANTANA, Leni Lima et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 64-70, mar. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2017.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos et al. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 441-446, jul./ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/07.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

SANTOS, Tânia Cristina Franco; BARREIRA, Ieda de Alencar. Rachel Haddock Lobo, mito de enfermeira nos anos 30. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 29-38, abr. 2002. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=1193&nomeArquivo=v6n1a05.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2017.

SCHIESARI, Laura Maria César. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas**. 1999. 162f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SELIGMAN, Martin E. P. **Learned optimism**. New York: Pocket Books, 1998.

SHAW, Charles D. et al. Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 25, n. 3, p. 222-231, 2013. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/25/3/222.long>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

SILVA, Graciete Borges da. **Enfermagem Profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez Editora, 1986.

SILVA, Jorge Luiz Lima da; MELO, Enirtes Caetano Prates de. Estresse e Implicações para o Trabalhador de Enfermagem. **Informe-se em Promoção da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n.2, p.16-18, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/estr.trab.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

SILVA, Tatiana Detzel da; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 113-130, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2015

SMELTZER, Suzanne C., BARE, Brenda G. **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SOUSA, Robson Pequeno de; MOITA, Filomena M. C. da S. C.; CARVALHO, Ana Beatriz Gomes. **Tecnologias digitais na educação**. Campina Grande: Eduepb, 2011. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/6pdyn/pdf/sousa-9788578791247.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.

9, n. 2, p. 17-25, abr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11510>>. Acesso em: 11 out. 2016.

STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TROCCOLI, Bartholomeu T.. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 8, n. 6, p. 40-49, Dec. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000600007>

UMANN, Juliane. **Estresse, coping e presentismo em enfermeiros hospitalares**. 2011. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria; Santa Maria, 2011.

VELHO, Juliano Moreira; TREVISO, Patrícia. Implantação de Programa de Qualidade e Acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 60, p. 90-94, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=935&p_nanexo=%20480>. Acesso em: 18 jan. 2017.

VIANA, Marcelo Ferreira. **Processo de acreditação**: Uma análise das organizações hospitalares. 2011. 102f. Dissertação (Mestrado em Administração e Economia) – Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2011.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde**: as relações entre eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes. 2005.

ZANON, Uriel. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. São Paulo: Médice, 2001.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Setor de trabalho _____

Turno de trabalho () manhã () tarde () noite () intermediário () sexto turno

Sexo: () Masc () Fem

Estado civil: () Solteiro () Casado / União estável () Divorciado () Viúvo

Idade: _____

Tempo de formação: _____

Tempo de instituição: _____

Qual (is) dos itens abaixo você considera como consequência, positiva ou negativa, da acreditação hospitalar (assinale quantos itens quiser)

1. () Aumento na segurança do paciente através da implantação de protocolos assistenciais
2. () Maior burocratização da assistência, reduzindo o tempo de assistência à beira do leito
3. () Melhoria do clima organizacional, estimulando o companheirismo entre colaboradores dos serviços
4. () Maior vigilância de falhas / erros, expondo os profissionais
5. () Carência de reconhecimento do trabalho do enfermeiro
6. () Maior qualificação profissional através da realização de capacitações
7. () Cobrança exagerada sobre o enfermeiro
8. Outros _____
9. Você gostaria de fazer algum comentário sobre a Acreditação Hospitalar?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto CAEE: 54986116.3.0000.5327

Título do Projeto: Associação Entre Auditoria da Acreditação Hospitalar E O Nível De Estresse Dos Enfermeiros.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a associação entre a visita de acreditação hospitalar e o nível de estresse entre os enfermeiros assistenciais.

Esta pesquisa está sendo realizada pela enfermeira Ivanilda Alexandre da Silva Santos, sob a orientação do professor Márcio Manozzo Boniatti. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Marcio Manozzo Boniatti, pelo telefone (51) 9972 – 9424 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Para o alcance do objetivo desta pesquisa este estudo será desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa será realizada na primeira quinzena do mês de julho. Se você aceitar participar, receberá por e-mail, nesta etapa, um questionário com questões sociodemográficas, ocupacionais e opinião quanto a aspectos positivos e negativos da Acreditação Hospitalar, além de um questionário para avaliar estresse (Inventário de Estresse em Enfermeiros). Na segunda etapa, que será realizada na primeira semana do mês de dezembro, você receberá por e-mail apenas o Inventário de Estresse em Enfermeiros.

Não são conhecidos riscos pela participação no estudo, porém você poderá sofrer constrangimento ao responder os questionários com informações pessoais e laborais devido à possibilidade de trazer à memória experiências ou situações que causem desconforto.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são a sugestão de adição de estratégias favorecendo maior adesão à gestão de qualidade e melhoria da qualidade de vida dos enfermeiros.

Declaro que fui informado:

- De que minha participação na pesquisa é totalmente voluntária, e terei a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo ao vínculo institucional.

- Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela minha participação na pesquisa e não terei nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderei ser ressarcido por despesas decorrentes de minha participação.

- Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

- O login do Hospital de Clínicas será solicitado para acessar o questionário. O login é utilizado para evitar que o mesmo enfermeiro responda duas vezes o questionário. No entanto, esta variável ficará oculta nas respostas, não sendo possível identificá-lo.

Esse documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Ao concordar com o termo apresentado, você será direcionado para o questionário.

() Li e concordo em participar da pesquisa

ANEXO A – PADRÕES MÍNIMOS PRECONIZADOS PELO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 1924

1. Médicos e cirurgiões com o privilégio de exercer a prática profissional no hospital devem estar organizados como um grupo ou um corpo clínico
2. A admissão dentro do corpo clínico é restrita a médicos e cirurgiões que sejam graduados em Medicina com licença legal para a prática em seus respectivos Estados ou províncias, competentes e valorosos em caráter e em relação à ética
3. O corpo clínico inicia suas atividades com a aprovação do conselho diretor do hospital, adota regras, regulamentos e diretrizes no trabalho no hospital: a- reuniões do corpo médico ao menos mensalmente (em grandes hospitais podem optar por se reunir separadamente); b- revisão e análise da experiência clínica deve ser feita em intervalos regulares nos vários departamentos e o prontuário dos pacientes, deverá ser a base desta revisão e análise.
4. Os registros dos pacientes devem ser precisos e completos e devem estar escritos de forma acessível a todo hospital - inclui dados de identificação, queixa, história pessoal e familiar, história da moléstia atual, exame físico, exames especiais como consultas ou laboratório clínico ou raio-x, entre outros, hipótese diagnóstica, tratamento médico ou cirúrgico, achados patológicos, evolução clínica diagnóstico final, condição de alta, seguimento, e, no caso de morte, achados de autópsia.
5. Recursos diagnósticos e terapêuticos, devem estar disponíveis para o estudo diagnóstico e tratamento dos pacientes, incluindo ao menos um laboratório clínico com serviços de análises químicas, bacteriologia, sorologia e patologia e departamento de raio x com serviços de radiografia e fluoroscopia

Fonte: ROBERTS, James S.; COALE, Jack G.; REDMAN, Robert R. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. JAMA, v. 258, n. 7, p. 936-940, 1987. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/367766>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INVENTÁRIO DE ESTRESSE EM ENFERMEIROS (IEE)

FATORES DE ESTRESSE PARA O PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Leia cuidadosamente cada uma das sentenças listadas abaixo, que apontam situações comuns à atuação do (a) enfermeiro (a). Considerando o ambiente de trabalho onde se encontra no momento, indique se nos últimos seis meses elas representaram para você fontes de tensão ou estresse, de acordo com a seguinte escala:

(1) nunca, (2) raramente, (3) algumas vezes, (4) muitas vezes e (5) sempre.

Fatores de Estresse Para o Profissional Enfermeiro	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Executar tarefas distintas simultaneamente					
Resolver imprevistos que acontecem no local de trabalho					
Fazer um trabalho repetitivo					
Sentir desgaste emocional com o trabalho					
Fazer esforço físico para cumprir o trabalho					
Desenvolver atividades além da minha função ocupacional					
Responder por mais de uma função neste emprego					
Cumprir na prática uma carga horária maior					
Levar serviço para fazer em casa					
Administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas					
Conciliar as questões profissionais com as familiares					
Falta de material necessário ao trabalho					
Manter-se atualizada					
Falta de recursos humanos					
Trabalhar com pessoas despreparadas					
Trabalhar em instalações físicas inadequadas					
Trabalhar em ambiente insalubre					
Trabalhar em clima de competitividade					
Relacionamento com os colegas enfermeiros					
Relacionamento com a equipe médica					
Relacionamento com a chefia					
Trabalhar em equipe					
Prestar assistência ao paciente					
Prestar assistência a pacientes graves					
Atender familiares de pacientes					
Distanciamento entre a teoria e a prática					
Ensinar o aluno					
Executar procedimentos rápidos					

Ter um prazo curto para cumprir ordens					
Restrição da autonomia profissional					
Interferência da Política Institucional no trabalho					
Sentir-se impotente diante das tarefas a serem realizadas					
Dedicação exclusiva à profissão					
Indefinição do papel do enfermeiro					
Responsabilizar-se pela qualidade de serviço que a Instituição presta					
Impossibilidade de prestar assistência direta ao paciente					
A especialidade em que trabalho					
Atender um número grande de pessoas					

Fonte: Stacciarini e Tróccoli (2000)