

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Indicadores de qualidade: ferramentas do enfermeiro-líder para o
gerenciamento do cuidado**

Ana Cristina Pretto Bão

Pelotas, 2016

ANA CRISTINA PRETTO BÁO

**Indicadores de qualidade: ferramentas do enfermeiro-líder para o
gerenciamento do cuidado**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Simone Coelho Amestoy

Coorientadora: Prof^a Dr^a Rosani Manfrin Muniz

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

B221i B o, Ana Cristina Pretto

Indicadores de qualidade : ferramentas do enfermeiro-líder para o gerenciamento do cuidado / Ana Cristina Pretto B o ; Simone Coelho Amestoy, orientadora ; Rosani Manfrin Muniz, coorientadora. — Pelotas, 2016.

141 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Indicadores de qualidade em assistência saúde. 2. Qualidade da assistência saúde. 3. Gestão em saúde. 4. Liderança. 5. Enfermagem. I. Amestoy, Simone Coelho, orient. II. Muniz, Rosani Manfrin, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Ana Cristina Pretto Bão

**Indicadores de qualidade: ferramentas do enfermeiro-líder para o
gerenciamento do cuidado**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da
Universidade Federal de Pelotas, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de
pesquisa: Saúde Mental e Coletiva, Processo do Trabalho, Gestão e Educação em
Enfermagem e Saúde.

Data da defesa: 19 de dezembro 2016

Banca Examinadora:

Enf^a Dr^a Simone Coelho Amestoy (Orientadora)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Enf^a Dr^a Rosani Manfrin Muniz (Coorientadora)
Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo

Enf^a Dr^a Maira Buss Thofehrn
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Enf^a Dr^a Adrize Rutz Porto
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Enf^a Dr^a Eda Schwartz
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Enf^a Dr^a Viviane Marten Milbrath
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*Dedico este trabalho ao meu avô,
João Waldemar Pretto, por estar sempre
presente em minha caminhada e
ter me ensinado o
verdadeiro sentido da vida.*

Agradecimentos

Chegado ao fim desta caminhada, é preciso agradecer para encerrar esta etapa.

São muitas recordações, muitas memórias e muitos afetos, enfim gostaria de agradecer a todos que, de alguma forma, foram determinantes para que eu chegasse até aqui.

Agradeço a Deus e aos espíritos de luz por me permitirem chegar até aqui e realizar um dos meus tantos sonhos. Força maior que me permite viver, respirar, amar e sonhar.

Agradeço aos meus pais, Anselmo e Elizabeth, por acreditarem em mim e investirem desde sempre em meus estudos. Vocês me ensinaram a querer conhecer o mundo, a dizer sim aos desafios.

Aos meus irmãos Paula e Alan obrigada pelo incentivo de sempre. Ao meu irmão, obrigada pelas hospedagens durante os dois anos de mestrado.

Em especial, ao meu noivo Felipe, meu companheiro e amigo, com quem escolhi compartilhar a vida e os sonhos. Obrigada pela paciência e por me escutar e compreender meus momentos de ausência.

Aos meus sogros, Ivo e Jane, obrigada pelas palavras de carinho e incentivo.

À minha tia Maria Justina obrigada por todo apoio e carinho; sabe o quanto contribuiu em minha escolha profissional, primeiro como enfermeira e agora como professora.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Simone Coelho Amestoy; obrigada por confiar em mim quando cheguei na UFPel sem conhecer ninguém e me permitir ser sua orientanda. É uma pessoa generosa e afetuosa, com quem aprendi que antes de ser um líder é preciso ser gente. Você me permitiu o crescimento pessoal, profissional e acadêmico.

Às professoras Maira, Rosani, Eda, Vivi e Adrize, que contribuíram com importantes sugestões para a composição do trabalho.

Obrigada aos meus colegas do PPGEnf por me proporcionarem a troca de experiência e conhecer um pouquinho mais da saúde mental, e aos demais professores.

Também agradeço a UFPel pela oportunidade de ser aluna do PPGEinf; levarei a Universidade em meu coração.

Agradeço a instituição na qual trabalho, Hospital Nossa Senhora de Pompéia, que me fez enfermeira e confiou em mim, quando solicitei a liberação para a realização do mestrado. Obrigada por permitir a concretização deste sonho. Serei eternamente grata por isso.

Por fim, agradeço os sujeitos de minha pesquisa, sem vocês tudo isso não seria possível. Obrigada pela confiança.

*“Para realizar grandes conquistas,
devemos não apenas agir,
mas também sonhar,
não apenas planejar,
mas também acreditar.”
(Anatole France)*

Resumo

BÁO, Ana Cristina Pretto. **Indicadores de qualidade: ferramentas do enfermeiro-líder para o gerenciamento do cuidado**. 2016. 141f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

A avaliação da qualidade em saúde vem sendo um tema amplamente discutido, tendo como foco a atenção individualizada ao paciente e adequada às melhores práticas do cuidado. Neste sentido, os indicadores são considerados instrumentos de gestão, uma medida quantitativa que pode ser empregada como guia para monitorar e avaliar a qualidade dos serviços de saúde. O presente estudo teve como objetivo geral: conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade, como ferramentas para o gerenciamento do cuidado, e como objetivos específicos: identificar o conhecimento dos enfermeiros-líderes acerca dos indicadores de qualidade; averiguar a utilização dos indicadores de qualidade pelos enfermeiros-líderes; verificar as contribuições dos indicadores de qualidade para os enfermeiros-líderes, no gerenciamento do cuidado; identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros-líderes em utilizar os indicadores de qualidade, e averiguar as estratégias que auxiliam na utilização dos indicadores de qualidade para o gerenciamento do cuidado do enfermeiro-líder. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, realizado com 12 enfermeiros-líderes de um hospital filantrópico, no Sul do Brasil, no período de março a maio de 2016. Para a coleta dos dados, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas e grupo focal. As informações foram analisadas conforme a análise de conteúdo e, na análise final, os dados foram confrontados com a literatura e com a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Verificou-se que os indicadores de qualidade são entendidos como ferramenta de mensuração do resultado assistencial, promovem melhoria contínua e auxiliam na tomada de decisão clínica. Identificou-se que os indicadores de qualidade são utilizados na prática, a partir de discussões com a equipe de enfermagem, por meio de análise crítica e construção de planos de ação. Quanto às contribuições, facilitam o entendimento do processo de trabalho, bem como proporcionam a direção do cuidado e melhoria no gerenciamento do cuidado, no que tange ao olhar singular a cada paciente. Os enfermeiros-líderes evidenciam a subnotificação, a dificuldade na interpretação e aplicabilidade dos dados, a falta de tempo, a falta de compartilhamento das informações e a falta de *feedback* com a equipe, como dificuldades com a utilização dos indicadores de qualidade. Já as estratégias apontadas para a utilização dos indicadores de qualidade foram: construção e discussão coletiva, envolvimento da equipe de enfermagem e saúde, *feedback* para a equipe e trabalho educativo com a mesma. Pode-se inferir que os indicadores de qualidade subsidiam melhorias na qualidade dos serviços em saúde e no trabalho da enfermagem. Ao mesmo tempo é necessário que as instituições de saúde sensibilizem-se em instrumentalizar e apoiar os enfermeiros-líderes, de maneira a desenvolver algumas competências necessárias para a melhor utilização dos indicadores de qualidade, em busca da qualidade assistencial e do fortalecimento de políticas de saúde.

Palavras-chave: indicadores de qualidade em assistência à saúde; qualidade da assistência à saúde; gestão em saúde; liderança; enfermagem.

Abstract

BÁO, Ana Cristina Pretto. **Quality Indicators: nursing-leader tools for care management**. 2016. 141p. Dissertation (Master's Degree). Postgraduation Program in Nursing. Federal University of Pelotas.

The quality assessment in health has been being a widely discussed topic, being the individualized assistance to the patient, and improvement in the care practice the focus. Having this in mind, indicators may be considered management tools, a quantitative measure that can be applied as a guide to monitor and assess the quality of health services. The following study was mainly aimed to know the understanding of nursing-leaders on the using of quality indicators as tools for care management; and specifically to identify the knowledge of nursing-leaders about quality indicators; to ascertain the using of quality indicators by nursing-leaders; to verify the contributions of quality indicators for nursing-leaders when managing care; to identify the difficulties experienced by nursing-leaders when using quality indicators; and to ascertain strategies that help in the use of quality indicators for care management by the nursing-leader. This is a qualitative and descriptive study, which was carried out with 12 nursing-leaders at a philanthropic hospital in the south of Brazil, from March to May 2016. For data collection, semistructured interviews and focal group were used. The information was analyzed according to content analysis, and in the final analysis, the data was compared to the literature and to the National Policy of Hospital Care. Quality indicators are understood as a measurement tool for assistance results, promote the continuous improvement and help in the clinical decision-making. It was possible to identify that quality indicators are also used in the daily practice through discussions in the nursing team with critical analysis and forming action plans. In what concerns contributions, it easy the understanding of the working process, as well it provides a direction to care and improvement to care management, mainly in reference to a wholly individual type of care. Nursing-leaders evidence underreporting, difficulty to interpret and apply the data, lack of time, lack of information sharing, lack of feedback in the team, as well difficulties to use quality indicators. On the other hand, the strategies pointed out to using quality indicators were collective forming and discussion, nursing team involvement, feedback and educative work within the team. It can be inferred that quality indicators subsidize improvements in the quality of health services and in the nursing work. At the same time, it is necessary that health institutions sensitize to tool up and support nursing-leaders, in a way that they start developing some necessary competencies to better use quality indicators for care quality and health policies fortification.

Keywords: quality indicators, health care; quality of health care; health management; leadership; nursing.

Sumário

Apresentação	11
I Projeto de pesquisa.....	12
II Relatório de campo	71
III Apresentação dos resultados e discussão da pesquisa: produção científica	82
IV Considerações finais.....	127
ANEXOS	130

Apresentação

A dissertação foi elaborada como requisito parcial, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf), da Faculdade de Enfermagem (FEn), da Universidade Federal de Pelotas, para a obtenção do título de Mestre em Ciências. O estudo se desenvolveu na Área de concentração Práticas Sociais e de Saúde, na linha de pesquisa: Saúde Mental e Coletiva, Processo do Trabalho, Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde. O mestrado foi desenvolvido na cidade de Pelotas/Rio Grande do Sul, com início em março de 2015. Assim, esta dissertação de mestrado é composta pelas seguintes partes:

I Projeto de Pesquisa: qualificado em 17 de dezembro de 2015. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca.

II Relatório de Campo: descreve a trajetória percorrida pela mestranda, para a obtenção dos dados da pesquisa, por meio do desenvolvimento do processo metodológico.

III Apresentação dos resultados e discussão da pesquisa: apresenta os resultados da pesquisa pela produção científica:

MANUSCRITO 1 – Indicadores de qualidade como ferramentas para o gerenciamento do cuidado. Artigo apresentado para a defesa da dissertação, e que será submetido à publicação, de acordo com as normas da revista da Escola de Enfermagem da USP, após aprovação e incorporação das sugestões da banca.

MANUSCRITO 2 – Dificuldades e estratégias para a utilização de indicadores de qualidade no ambiente hospitalar. Artigo apresentado para a defesa da dissertação, que será submetido à publicação, de acordo com as normas da revista *Texto e Contexto Enfermagem*, após aprovação e incorporação das sugestões da banca.

I Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Projeto de Dissertação de Mestrado

**Indicadores de qualidade: ferramentas do enfermeiro-líder para o
gerenciamento do cuidado**

Ana Cristina Pretto Bão

Pelotas, 2016

Ana Cristina Pretto Bão

**Indicadores de qualidade: ferramentas do enfermeiro-líder para o
gerenciamento do cuidado**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Simone Coelho Amestoy

Coorientadora: Prof^a Dr^a Rosani Manfrin Muniz

Pelotas, 2016

Sumário

1 Introdução	16
2 Objetivos	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 Revisão de literatura	22
3.1 O cenário hospitalar	22
3.2 Gerenciamento de enfermagem associado ao cuidado	24
3.3 Indicadores de qualidade como ferramenta do gerenciamento do cuidado do enfermeiro-líder	27
3.4 Política Nacional de Atenção Hospitalar: diretrizes para o SUS.....	37
4 Metodologia.....	44
4.1 Caracterização do estudo.....	44
4.2 Local do estudo	44
4.3 Participantes do estudo	45
4.4 Critérios para a seleção dos participantes do estudo	46
4.5 Aspectos éticos	46
4.6 Coleta dos dados	47
4.7 Análise dos dados	49
5 Cronograma	51
6 Orçamento.....	52
Referências	53
Apêndices.....	64
Apêndice A – Autorização para o desenvolvimento da pesquisa.....	65
Apêndice B – Carta-convite.....	66
Apêndice C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	67
Apêndice D – Instrumento de entrevista	69
Apêndice E – Roteiro do grupo focal	70

1 Introdução

O presente estudo está vinculado à linha de pesquisa *Saúde Mental e Coletiva, Processo do Trabalho, Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde* e tem como objeto os indicadores de qualidade, como ferramentas do processo de trabalho para o gerenciamento do cuidado do enfermeiro-líder,¹ no cenário hospitalar. Neste estudo, considera-se enfermeiro-líder o profissional capaz de influenciar de forma construtiva os demais integrantes da equipe de enfermagem e saúde, com o intuito de qualificar o gerenciamento do cuidado e de fortalecer as relações interpessoais no trabalho (AMESTOY et al., 2014). Sendo assim, a liderança do enfermeiro e a utilização de indicadores de qualidade fazem-se necessários, de modo que podem repercutir na melhoria do cuidado em saúde.

A liderança começou a ser pesquisada no início do século XX e caracteriza-se como um processo de influenciar as pessoas a atuarem de modo ético-profissional, além de propiciar o alcance de objetivos comuns, o que exige o estabelecimento de laços de confiança, a fim de que se possa trabalhar coletivamente (GAUDÊNCIO, 2007; LANZONI; MEIRELLES, 2011). Na enfermagem, a liderança é considerada o processo de encorajar e ajudar os outros a trabalharem de forma entusiástica, na direção dos objetivos a serem alcançados (ANDRES; PEREIRA, 2014).

Percebe-se que a liderança do enfermeiro surge como uma estratégia capaz de auxiliar na sustentabilidade e no sucesso das organizações. Também é compreendida como um instrumento imprescindível no processo de trabalho da enfermagem e saúde, tangenciando a rede das relações humanas do enfermeiro ao coordenar uma equipe (AMESTOY, 2008). Ainda, pode-se dizer que o enfermeiro-líder é uma referência para sua equipe, devendo oferecer conhecimento, segurança, apoio, empatia, capacidade de trabalhar em equipe, desenvolver um processo de comunicação horizontal e confiança a ela (ANDRES; PEREIRA, 2014).

O líder representa o elo de apoio para a equipe, tanto no que se refere à educação como à coordenação do serviço, tendo a responsabilidade de estimular o desenvolvimento do potencial coletivo, o que poderá interferir diretamente na

¹ Para este estudo optou-se por utilizar a expressão *enfermeiro-líder* no gênero masculino para referir-se a ambos os gêneros, conforme norma da língua portuguesa, apesar de se reconhecer a feminilização da profissão.

qualidade da assistência (GELBCKE et al., 2009). A liderança é tida como uma das principais competências a serem adquiridas pelo profissional de saúde, e pelo enfermeiro, envolvendo compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para as tomadas de decisão, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (AMESTOY et al., 2009). Assim, a liderança pode auxiliar no que se refere ao gerenciamento do cuidado, que representa uma articulação entre o fazer assistencial e o gerencial.

O gerenciamento do cuidado é fundamental para a construção de um modo de fazer saúde voltado para as necessidades do paciente, por meio da organização do processo de trabalho da enfermagem, visando à qualidade assistencial. Dessa forma, o gerenciamento do cuidado deve ser o pilar das ações do enfermeiro (FELLI; PEDUZZI, 2012; MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).

Diante do exposto, o exercício da liderança pode ser considerado fator decisório para a qualidade e a segurança da assistência aos pacientes nas instituições de saúde. O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, logo após a publicação do relatório do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América (EUA), que apresentou vários estudos que mostraram a situação crítica da assistência à saúde (KOHN; CORRIGNAN; DONALDSON, 2000). Desde então, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem referido preocupação, priorizando o tema e, em 2004, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em busca da socialização do conhecimento e de soluções encontradas, visando a conscientizar os profissionais e reduzir riscos e danos aos pacientes (WHO, 2009).

Com isso, a qualidade da prestação de serviços em saúde é uma preocupação contemporânea para muitas instituições que têm buscado torná-la reconhecida não só pelos pacientes, de modo geral, mas também por toda a sociedade, mediante os processos de acreditação hospitalar. Na atualidade, não é possível somente propagar a existência da qualidade, é necessário evidenciá-la por meio de indicadores confiáveis, que possam mostrar o resultado de boas práticas de saúde.

Os indicadores não proporcionam respostas definitivas, mas indicam problemas potenciais ou boas práticas de cuidado. Cada indicador utilizado realiza uma avaliação qualitativa, transformando-a em dados mensuráveis, com numerador e denominador (CAMPBELL et al., 2003). Já os indicadores de qualidade permitem

a compreensão de fenômenos complexos da enfermagem, de maneira que podem ser analisados em conjunto para a compreensão do processo de trabalho e se os objetivos almejados estão sendo alcançados (HADDAD; ROSSANEIS, 2011). Sabe-se que nem sempre é possível conhecer um cenário por meio de um único indicador, sendo necessário, então, um conjunto de indicadores para se analisar uma situação. Assim, os indicadores abrangem as três dimensões clássicas de avaliação de qualidade em saúde, como: estrutura, processo e resultado (CAMPBELL et al., 2003).

Observa-se uma crescente preocupação dos enfermeiros-líderes quanto à utilização dos indicadores, seja para o gerenciamento do cuidado, para o atendimento das necessidades dos pacientes, seja para mostrá-los e usá-los perante a administração da instituição. O uso dos indicadores de qualidade é essencial para os serviços em saúde, uma vez que permite o monitoramento dos resultados da assistência prestada e proporciona a identificação de necessidades de intervenções, para a melhoria do desempenho, produtividade e qualidade dos serviços (ROSSANEIS, 2013). Os enfermeiros, ao exercerem o papel de gestores, nos serviços de enfermagem ou mesmo em suas unidades, envolvidos com as metas institucionais e com a melhoria contínua da qualidade da assistência, buscam desenvolver conhecimentos e aperfeiçoar sua prática, com a adoção de novos modelos gerenciais e ferramentas de apoio, que possibilitem a obtenção de dados para posteriormente transformá-los em informação (SILVA; NORA, 2008).

Ainda, tem-se a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída em 2013, que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013) e que deve servir de subsídio para as instituições e para os enfermeiros-líderes, no seu processo de trabalho, podendo contribuir com melhorias no cuidado em saúde.

A escolha desta temática instiga uma reflexão e problematização sobre o exercício da liderança e sua interface com os indicadores de qualidade assistenciais do processo de trabalho, despertando a sensibilidade dos trabalhadores para uma questão de grande relevância: o exercício da liderança e a proposta da realização de um cuidado seguro e com qualidade, a partir dos resultados de indicadores de qualidade, no cenário hospitalar.

Observa-se que questões acerca do uso dos indicadores de qualidade vêm ocupando espaços de discussões em fóruns técnico-científicos, a exemplo de grupos de pesquisas, simpósios e congressos, além de sinalizações em artigos científicos. Os enfermeiros entendem os indicadores como sendo ferramentas norteadoras da qualidade da assistência oferecida por eles, nos seus serviços (SIMÕES et al., 2009; FRADIQUE; MENDES, 2013; MARREIRO et al., 2015). No entanto, o que se verifica na prática é que os enfermeiros não têm intimidade com a utilização dos indicadores de qualidade, nem instrumentos estabelecidos para medir a qualidade dos serviços, o que impacta na não utilização dessa ferramenta (MARREIRO et al., 2015), seja por falta de conhecimento, seja por incentivo da instituição.

Um estudo realizado no Estado do Paraná observou que a utilização dos indicadores de qualidade já é prática nas instituições de saúde, porém ainda é necessária a implementação de estratégias de análise dos indicadores, para que sejam passíveis de comparação (ROSSANEIS et al., 2014). Ainda é limitada a discussão acerca do uso e da operacionalização dos indicadores de qualidade e sua interferência nos resultados do gerenciamento do cuidado em saúde.

Já no âmbito internacional, os resultados de um estudo holandês apontam melhoria no desempenho do cuidado, ao serem utilizados indicadores de qualidade em instituições para idosos (MEER; KOOL; KLAZINGA; HUIJSMAN, 2013). Ainda, o sistema de gestão da qualidade é apontado como importante para a melhoria da qualidade clínica em hospitais da Europa, assim como promovem o trabalho em equipe e o clima de segurança institucional (KRISTENSEN et al., 2015).

Assim, o presente estudo justifica-se, a fim de buscar respostas para algumas lacunas encontradas durante as vivências, enquanto enfermeira do escritório da qualidade² em um hospital da Serra gaúcha e também pela necessidade e importância da utilização dos indicadores de avaliação da assistência, visando a garantir a qualidade do cuidado e o alcance de resultados positivos. A investigação busca propor melhorias ao gerenciamento do cuidado de enfermagem, no que tange ao atendimento das necessidades dos usuários do sistema hospitalar. Além disso, almeja-se que o estudo possa contribuir com os

² Setor destinado a auxiliar outros setores e áreas da instituição quanto às ações, aos conceitos e às ferramentas da qualidade, visando à correção e melhoria de processos e otimização dos serviços prestados.

enfermeiros-líderes das instituições hospitalares, na utilização dos indicadores de qualidade assistencial, como uma ferramenta para fundamentar a tomada de decisão, o planejamento e a organização dos serviços.

Diante dessas considerações, almeja-se responder, com o desenvolvimento do projeto, a seguinte *questão norteadora*: Qual o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade, como ferramentas do gerenciamento do cuidado?

Como pressupostos do estudo têm-se:

- Os enfermeiros-líderes acreditam que os indicadores de qualidade sejam uma ferramenta que contribui com o gerenciamento do cuidado em saúde.
- Os enfermeiros-líderes apresentam dificuldades em trabalhar com os indicadores de qualidade na prática assistencial, em virtude da pouca intimidade com o tema.
- Os indicadores de qualidade, quando compartilhados com a equipe de saúde, podem auxiliar no gerenciamento do cuidado, devido ao reconhecimento de sua importância.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade, como ferramentas para o gerenciamento do cuidado.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o conhecimento dos enfermeiros-líderes acerca dos indicadores de qualidade;
- averiguar a utilização dos indicadores de qualidade pelos enfermeiros-líderes;
- verificar as contribuições dos indicadores de qualidade para os enfermeiros-líderes no gerenciamento do cuidado;
- identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros-líderes em utilizar os indicadores de qualidade;
- averiguar as estratégias que auxiliam na utilização dos indicadores de qualidade para o enfermeiro-líder no gerenciamento do cuidado.

3 Revisão de literatura

A seguir será apresentada a revisão de literatura, dividida em subtítulos, abordando o cenário hospitalar; gerenciamento de enfermagem associado ao cuidado; indicadores de qualidade como ferramentas do gerenciamento do cuidado do enfermeiro-líder e Política Nacional de Atenção Hospitalar: diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1 O cenário hospitalar

A origem do termo hospital vem do latim *hospitiu*, que significa “local onde se hospedam pessoas”, em referência a estabelecimentos fundados pelo clero, a partir do século IV d.C., com a finalidade de promover cuidados a doentes e oferecer abrigo a viajantes peregrinos (SOUZA; MOZACHI, 2009).

Para a OMS (2000), o hospital pode ser definido como estabelecimento com pelo menos cinco leitos para internação de pacientes, garantindo o atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com uma equipe clínica organizada e com assistência permanente.

Ainda, conforme a OMS (2000), o papel dos hospitais exige deles um conjunto de características, como: ser um lugar para manejo de eventos agudos; ser utilizado exclusivamente caso haja possibilidades terapêuticas; apresentar uma densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa ter unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo; unidades de internação; centro cirúrgico; unidade de emergência; unidade de apoio diagnóstico e terapêutico; unidade de atenção ambulatorial; unidade de assistência farmacêutica; unidade de cirurgia ambulatorial; unidade de hospital-dia; unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc.; ter uma escala adequada para operar com eficiência e qualidade e ter um projeto arquitetônico compatível com as suas funções e amigável aos seus usuários. Na realidade brasileira, essas características nem sempre condizem com o que é encontrado na prática, necessitando de ajustes diariamente.

Historicamente, a atenção hospitalar no Brasil está marcada por dificuldades, associadas aos fatores financeiros, assistenciais, organizacionais, políticos e sociais, além de outros que direta ou indiretamente interferem no setor, como, por exemplo, o ensino e a pesquisa (BRASIL, 2011).

A atenção hospitalar tem sido motivo de debate ao longo de décadas, existindo a necessidade de serem implementadas políticas específicas para o setor hospitalar, a exemplo da Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída pela Portaria 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que propõe uma reestruturação capaz de responder às verdadeiras demandas de saúde da população, de forma integrada, com vistas à elaboração de propostas que possam ser estruturantes e coerentes para a garantia e ampliação de acesso à população do SUS (BRASIL, 2011).

No Brasil, existem aproximadamente 7 mil hospitais, com um total de 471 mil leitos, pertinentes à rede de atenção à saúde (FORGIA; COUTTOLENC, 2009), definida na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) e no Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011a), como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2015).

Os hospitais podem ser divididos ou classificados de diversas maneiras, de acordo com as especialidades, pode ser um hospital geral, destinado à assistência nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstetrícia e clínica pediátrica ou um hospital especializado com a assistência de maternidade, neurocirurgia, entre outros. No que se refere ao número de leitos, um hospital pequeno tem até 50 leitos, médio de 51 a 150 leitos, grande de 151 a 500 leitos e porte especial para os acima de 500 leitos. Diante disso, a rede de hospitais no Brasil apresenta certa heterogeneidade, tanto estruturais como gerenciais, tecnológicas, perfis e práticas assistenciais (SOUZA; MOZACHI, 2009).

Dentro de uma nova perspectiva, o cenário hospitalar passa a ser visto como empresa, preocupando-se com as negociações, a redução de custos, qualidade total e o crescimento profissional de seus integrantes (AMESTOY, 2008). Muitas são as mudanças de origem política, econômica, filosófica, tecnológica e do crescimento das instituições hospitalares, decorrentes da globalização. Exige-se dos profissionais a preocupação e o comprometimento com o resultado assistencial, além de um ritmo de trabalho cada vez mais dinâmico e competitivo, levando-se em consideração a sustentabilidade da organização e a satisfação dos usuários. Com isso, os profissionais atuantes precisam gerenciar suas ações e, além disso, mensurar dados obtidos da prática, demonstrando atualização, proatividade e inovação, características indispensáveis para o mercado de trabalho e para o líder de uma organização hospitalar.

3.2 Gerenciamento de enfermagem associado ao cuidado

O sistema de saúde necessita oferecer um cuidado seguro e com alta qualidade ao paciente. Ainda que isto consista em um complexo desafio, a qualidade na prestação da assistência deve ser priorizada pelas instituições de saúde e pelos profissionais que as integram. Desse modo, entende-se que os serviços de enfermagem possuem papel fundamental na busca dessa qualidade nas organizações de saúde, tendo em vista o número de profissionais atuantes nas instituições e sua responsabilidade nos cuidados aos pacientes (CALDANA et al., 2013). Para isso, é necessário que haja o gerenciamento do cuidado de enfermagem prestado, visando ao alcance dos objetivos propostos para o paciente e sua satisfação.

O cuidado é considerado o propósito do processo de trabalho da enfermagem, e pode ser entendido como um conjunto de ações aos usuários na promoção da saúde, prevenção, intervenção e reabilitação (PEDUZZI; ANSELM, 2002); com isso, as atividades gerenciais devem ter como finalidade a qualidade do cuidado. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é apontada como uma prática para o gerenciamento do cuidado, assim como o planejamento da assistência e a formação do vínculo com o paciente (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Desta forma, o trabalho da enfermagem integra a prestação de serviços de saúde, exigindo um conjunto de competências e habilidades.

O gerenciamento do cuidado pode ser definido como a articulação entre a dimensão assistencial e a gerencial, para atender às necessidades de cuidado dos pacientes e aos objetivos da instituição e da equipe de enfermagem (ROSSI; SILVA, 2005; FELLI; PEDUZZI, 2012; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Assim, o enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, o delega ou o faz; quando prevê e provê recursos, capacita a equipe de enfermagem e interage com outros profissionais, ocupando espaços de articulação e negociação, em prol da consecução de melhorias do cuidado (ROSSI; SILVA, 2005).

Percebe-se que o gerenciamento demanda um pensar e julgar com maior amplitude de pensamento. Ao desenvolver atividades de gerenciamento, o enfermeiro precisa aprender a fazê-las, de forma a executar habilidades complexas, tais como: capacidade analítica, de julgamento, de decisão e liderança, e de enfrentar riscos e incertezas. Além do mais, o mundo moderno exige dos dirigentes

uma capacidade de negociação entre interesses e demandas múltiplas de integração de fatores organizacionais (MOTTA, 1999).

Em um estudo com enfermeiros acerca do gerenciamento do cuidado em um serviço hospitalar de emergência, foi possível visualizar algumas ações pertinentes ao gerenciamento do cuidado, tais como: planejamento do cuidado, previsão e provisão de recursos e liderança, supervisão e capacitação da equipe de enfermagem (SANTOS; LIMA, 2011).

Percebe-se, ainda, que alguns enfermeiros não têm clara a compreensão do seu processo de trabalho, que envolve o cuidar, ações de cuidado direto e o administrar, ações de cuidado indireto, ou seja, as ações do enfermeiro na prática voltam-se ao gerenciamento do cuidado. No entanto, esta dicotomia não deveria fazer parte dos discursos dos enfermeiros, visto que a profissão é constituída pelo processo de cuidar e administrar (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Destaca-se que o enfermeiro é o profissional responsável por coordenar e gerenciar todo o processo de assistência a ser desenvolvido, em relação ao paciente e tudo o que o envolve no contexto dos serviços em saúde, não sendo diferente nas instituições hospitalares (GABRIEL et al., 2010). O paciente e suas especificidades, suas necessidades, sua alta ou recuperação constituem a principal razão da assistência de enfermagem, que deve, portanto, ser realizada eficientemente, com o comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade no cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do paciente (BARBOSA; MELO, 2008). Para isso, o papel do líder tem extrema importância nestes cenários, visto que o enfermeiro-líder terá a habilidade de influenciar sua equipe, visando a alcançar os objetivos para atender às necessidades dos pacientes (AMESTOY et al., 2014).

Cabe ressaltar que, no ambiente hospitalar, é necessário que o enfermeiro desempenhe o papel de líder, uma vez que deve estar diretamente envolvido com a análise crítica, a identificação de problemas, as tomadas de decisão, o planejamento e a implementação de cuidados, a alocação de outros profissionais da equipe de enfermagem e a motivação dos profissionais da equipe de saúde (SOUSA; BARROSO, 2009).

O líder consiste naquela pessoa que, por meio do diálogo, motiva as pessoas a trabalharem com entusiasmo, na busca dos objetivos determinados pela equipe, sendo que esses e o relacionamento interpessoal são considerados e

igualmente valorizados por meio do cuidado, que transcende o âmbito assistencial e alcança o universo da liderança (HUNTER, 2004).

Já a liderança é compreendida por alguns enfermeiros como uma competência profissional do enfermeiro, que poderá auxiliá-lo na tomada de decisões, nos processos de negociação, no relacionamento interpessoal e na solução de conflitos decorrentes do ambiente de trabalho e do próprio gerenciamento do cuidado (AMESTOY et al., 2010).

A inserção da liderança dialógica no ambiente hospitalar poderá colaborar com os enfermeiros, na construção de relações horizontais no ambiente de trabalho, bem como pautadas na ética, na humanização, nas quais florescem oportunidades de trocas de conhecimentos e aprimoramento coletivo entre o líder e seus colaboradores (AMESTOY et al., 2013) e, ainda, poderá contribuir com o gerenciamento do enfermeiro-líder e com o resultado do cuidado.

Não se pode esquecer que o aperfeiçoamento do enfermeiro-líder é uma condição básica, para que esse profissional realize mudanças diárias na sua prática, com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, indo ao encontro dos objetivos organizacionais (FIORETTI; SANNA, 2002). É necessário que os profissionais de enfermagem desenvolvam ações em saúde com conhecimento, habilidade e competência, objetivando atender às expectativas dos pacientes e alcançar a almejada qualidade assistencial (BARBOSA; MELO, 2008).

A liderança, a comunicação, a habilidade técnica, a organização do trabalho e os programas de educação continuada são estratégias que possibilitam ao enfermeiro implementar as mudanças requeridas, a adaptação às novas situações e ao trabalho interdisciplinar, proporcionando maior satisfação para a equipe de enfermagem, melhoria na qualidade da assistência e o alcance dos objetivos organizacionais (MATOS et al., 2006). Sendo assim, as ações na área da saúde devem estar em constante movimento adaptativo, e os profissionais, cientes de que a mudança é inerente ao processo de trabalho (KEMPFER et al., 2010).

Em um estudo realizado sobre os efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, foi possível identificar que a liderança influencia na qualidade dos cuidados de enfermagem e ainda os resultados sugerem que os enfermeiros-líderes devem dar importância à inovação, incentivando e permitindo a criatividade na implementação de estratégias, tendo como meta a qualidade dos cuidados (FRADIQUE; MENDES, 2013).

O trabalho de saúde e de enfermagem não produz bens a serem estocados e comercializados, mas serviços que são consumidos no ato de sua produção, isto é, no momento do cuidado (FELLI; PEDUZZI, 2012). Daí a importância do gerenciamento do cuidado, para que no final o paciente tenha suas necessidades atendidas e fique satisfeito. Assim, o enfermeiro precisa entender que o seu gerenciamento durante o percurso do cuidado poderá ser transformador e impactar em resultados positivos para a assistência.

3.3 Indicadores de qualidade como ferramentas para o gerenciamento do cuidado do enfermeiro-líder

As modificações na esfera da sociedade contemporânea vêm elevando os padrões de qualidade assistencial, e a busca por excelência nas ações aparece como condição essencial, sendo que, para atender a esses padrões, há a necessidade de adaptações e mudanças, para suprir as demandas dos pacientes ou das organizações (ANDRADE et al., 2012). Por sua vez, a instituição hospitalar é considerada um sistema complexo, em que as estruturas e os processos são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final (MATOS et al., 2006; BITTAR, 2001).

Nessa perspectiva, o alcance da qualidade por serviços em saúde passa a ser uma atitude coletiva, tornando-se um diferencial necessário para o atendimento da sociedade. Em busca da qualidade assistencial, as organizações hospitalares estão recorrendo a avaliações de qualidade, como a Acreditação Hospitalar, um método de avaliação voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos, constituindo-se um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014).

No setor da saúde, qualidade pode ser definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos e alcance de resultados pela empresa, um mínimo de risco ao usuário, um alto grau de satisfação por parte dos pacientes, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (OMS, 1981; SCHOUT; NOVAES, 2007; ANDRADE et al., 2012). Com isso, medir qualidade e quantidade nos serviços em saúde é imprescindível para o planejamento, a organização, coordenação/direção, avaliação e o controle

das atividades desenvolvidas (BITTAR, 2001). Assim, a gestão da qualidade refere-se ao processo ativo, dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente, que orienta o caminho a ser percorrido para atingir os objetivos, empregando todos os recursos contidos na produção de um bem ou de um serviço (GARAY, 1997; NAGEH, 2006).

A gestão de qualidade tem seu auge no pós-guerra de 1945, quando se viu desenvolvida nas indústrias japonesas, sendo absorvida, lentamente, pelo setor de saúde no final da década de 60, início dos anos 70. A partir dos anos 90, houve sistematização e definição dos indicadores nos sistemas de monitoramento da atenção hospitalar, como parte do desenvolvimento das políticas de gestão do SUS, nos serviços públicos e privados (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; SCHOUT; NOVAES, 2007; FLECHA et al., 2013). Já em 1998 foi criado o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, constituindo um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com a certificação da qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde. Em 1999 foi criada a Organização Nacional da Acreditação (ONA), uma organização não governamental com atuação nacional, responsável por iniciar a implantação das normas técnicas e o credenciamento das instituições acreditadoras, além do aprimoramento da qualidade da assistência em saúde no Brasil (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014).

Ao trabalhar-se com gestão da qualidade, torna-se preciso entender os referenciais de Donabedian, um dos líderes que descreveu o tripé da sustentação de qualquer organização, composto de estrutura (características estáveis das instituições: área física, recursos humanos, materiais, financeiros e o modelo organizacional); de processo (conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral, nas relações estabelecidas entre profissionais e pacientes dos serviços, desde a busca de assistência até o diagnóstico e o tratamento) e do resultado (características dos produtos ou serviços, cuja qualidade se traduz nos efeitos na saúde do paciente e da população) (PAIVA, 2006). Sendo assim, o nível de qualidade e o nível de satisfação são influenciados pela qualidade técnico-científica dos profissionais, pelo tipo de atendimento, acesso e pela organização dos serviços, sem esquecer do equilíbrio da tríade estrutura, processo e resultado do sistema (FELDMAN; CUNHA, 2006).

A busca por qualidade exige implementação de medidas, visando à qualidade, segurança e efetividade dos serviços. Com isso, os indicadores vêm

sendo uma ferramenta utilizada para medir, monitorar, avaliar e implementar ações de melhorias na prática clínica; muitas vezes, direcionam a tomada de decisão e engrandecem o cuidado nos profissionais de saúde, como o da enfermagem, visto que podem mostrar oportunidades de melhorias no processo, cujos profissionais de enfermagem poderão refletir sobre a sua prática e sobre a qualidade da assistência prestada aos pacientes (FELDMAN; CUNHA, 2006).

Os indicadores podem ser conceituados como uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço. Ainda, desempenham a função de avaliar a qualidade dos serviços prestados, podendo gerar maiores benefícios e reduzir o grau de risco para o paciente, auxiliando no gerenciamento do serviço de enfermagem, para que não seja realizado de forma empírica, mas fundamentado em dados reais (JCAHO, 1992; BORK, 2003; KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2006). Vale lembrar que não se pode pensar no indicador isoladamente, mas, sim, o que se encontra por trás destes números, ou seja, o seu significado. Assim, com os indicadores, os enfermeiros-líderes podem ter uma visão mais ampla de seu processo de trabalho, e, a partir deles, realizar uma análise crítica da assistência prestada e um plano de ação, promovendo a melhoria contínua da segurança do cuidado.

Os indicadores são essenciais para o processo de tomadas de decisão, pois oferecem informações seguras acerca da empresa e, ao utilizá-los, o profissional de enfermagem deve ter certeza do que medir, e quais são os requisitos escolhidos para serem trabalhados (BRASIL 2004). A utilização dos indicadores tem sua importância tanto na perspectiva dos negócios internos como na perspectiva do paciente e dos acionistas, do governo e da comunidade; facilita o enfrentamento do futuro, além de possibilitar a comparação entre os serviços (BITTAR, 2001). Com isso, a política de qualidade tem gerado uma preocupação constante com a melhoria da assistência, exigindo maiores investimentos na qualidade dos trabalhadores, que deve estar voltada para o desenvolvimento do ser humano de forma integral e para o atendimento das necessidades, identificadas em cada realidade de trabalho (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

O esclarecimento dos indicadores pode facilitar a escolha dos mesmos, pois necessita de uma concepção precisa das organizações e dos sistemas do que querem gerenciar ou transformar; este fato que pode apresentar diferentes níveis de

facilidade ou complexidade. Os diversos tipos de indicadores existem para que se possa efetuar adequações nos objetivos, nas metas e até na missão de uma organização, permitindo ao gestor acompanhar todo o processo. Os indicadores mostram tendências; no entanto, nenhum indicador pode apontar certeza absoluta quanto aos resultados de uma ação ou de um processo, pois sua função é apenas ser um sinalizador: indicadores são ferramentas, não operam por si mesmos, indicam o que devem indicar (MINAYO, 2009). Com isso, mostra-se a importância da análise individual de cada indicador, dentro do seu ambiente e da realidade, com suas facetas que irão diferenciá-los.

Pode-se dizer que existe uma deficiência na seleção dos indicadores pelos administradores hospitalares, pois, em alguns casos, ela não é realizada consoante as estratégias da instituição, mas simplesmente utilizadas conforme solicitação de órgãos governamentais, como as secretarias de saúde, desconsiderando as necessidades do gestor, o cotidiano de trabalho, a literatura científica e a importância das discussões internas e experiências anteriores (ESCRIVÃO JÚNIOR, 2007; PAES et al., 2015). A escolha dos indicadores ou a sua elaboração devem auxiliar na identificação e na condução da atenção dos profissionais para a organização da saúde, além de promover o conhecimento dos pacientes internos e externos e suas necessidades (BITTAR, 2001). Assim, os indicadores precisam estar estruturados de tal forma que possam atender às necessidades e aos objetivos, podendo ser modificados quando necessário (SCHOUT; NOVAES, 2007).

Um bom indicador deve ter algumas características, tais como: objetividade (deve ser claro, expressando de forma simples e direta a situação a que se refere); simplicidade (fácil de calcular, de buscar os dados e analisá-los); validade (cumprir o propósito de identificar situações que devem ser melhoradas); sensibilidade (o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos os problemas existentes) e baixo custo (indicadores, cujo valor financeiro é alto, inviabilizam sua execução) (BITTAR, 2001). Sendo assim, ao escolher os indicadores a serem mensurados, acompanhados e analisados, a instituição necessita avaliar diversos quesitos, para que não sejam calculados erroneamente e sem constância de propósito.

Nesta perspectiva, são exemplos de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem: satisfação do paciente; distribuição de técnicos de enfermagem *versus* leito; incidência de não conformidade de medicamentos; incidência de obstrução de cateter venoso-central; incidência de úlcera por pressão; incidência de

extubação acidental; incidência de queda de paciente; taxa de infecção hospitalar; incidência de flebite; taxa de mortalidade; taxa de rotatividade; taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem; taxa de absenteísmo de enfermagem, entre outros (NAGEH, 2006).

Em estudos realizados, mostra-se os indicadores de qualidade que estão sendo utilizados pelo serviço de enfermagem, tais como: perda de sonda nasoenteral, incidência de flebite, incidência de não conformidade da administração de medicamentos, distribuição de enfermeiros *versus* leito, distribuição de técnicos e auxiliares de enfermagem *versus* leito, taxa de absenteísmo de enfermagem, taxa de rotatividade de enfermagem, taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem, horas de treinamento de profissionais de enfermagem e satisfação do paciente com a enfermagem, incidência de queda e úlcera por pressão, taxa de infecção hospitalar, incidência de extubação não programada, incidência de obstrução de cateter venoso-central, taxa de absenteísmo da enfermagem, média de permanência, taxa de mortalidade e taxa de ocupação (GABRIEL et al., 2011; SIMÕES et al., 2009; ROSSANEIS et al., 2014). Assim, percebe-se que os enfermeiros utilizam indicadores de estrutura, processo e resultado, para avaliar o cuidado.

Já em um outro estudo, os indicadores de infecção hospitalar, erros na administração de medicamentos, índice de satisfação do paciente, cuidados com flebite e prevenção de quedas, foram considerados os mais importantes na opinião de enfermeiros (CINTRA et al., 2010).

Verifica-se que vários autores destacam a importância do conhecimento, acompanhamento e da análise desses indicadores, sendo que devem servir de subsídios para a melhoria do fazer em enfermagem (NAGEH, 2006; BORK, 2003; MATSUDA, 2002).

Também, vale destacar o papel das instituições de ensino na busca de melhoria da qualidade dos serviços em saúde, sendo fundamental o desenvolvimento do raciocínio crítico e reflexivo dos estudantes, tornando-os capazes de desenvolver ações centradas na integralidade do cuidado e de implementar formas de avaliar os processos de trabalho e gestão em saúde, baseados em resultados assistenciais, o que permite atingir excelência nos serviços prestados (CAMACHO; ESPIRITO SANTO, 2001).

Em um estudo transversal de abordagem quantitativa, que aponta as dificuldades enfrentadas por enfermeiros, na utilização dos indicadores de processos, notou-se que apenas 30% dos entrevistados receberam informações sobre indicadores na graduação; 70% dos enfermeiros tiveram seu primeiro contato com indicadores na instituição onde o estudo foi realizado, e 94,9% relataram dificuldades para a utilização de indicadores de processo. Entre as dificuldades estão o acúmulo de atividades privativas do enfermeiro, falta de conhecimento teórico e prático do tema, pouco conhecimento da Gestão por Processo, pouco envolvimento da equipe na coleta de dados, falta de conhecimento prático do tema e falta de acompanhamento dos gestores, durante a utilização de indicadores (MENEZES; D'INNOCENZO, 2013).

Ainda neste mesmo estudo, quando abordados sobre a importância da utilização de indicadores para avaliar a qualidade dos processos assistenciais, 62,5% consideraram a ferramenta extremamente importante e 27,5% muito importante, o que demonstra a conscientização do profissional sobre as exigências do mercado. E, quando questionados se a utilização de indicadores é capaz de melhorar as ações assistenciais da equipe de enfermagem, 57,5% consideraram que o trabalho melhora de modo extremamente importante as ações da equipe e 27,5% de modo muito importante. Este estudo mostra, ainda, que o tema gestão da qualidade, apesar de ser uma preocupação mundial, que se intensificou na saúde no final da década de 60, ainda não teve resultado nos currículos em universidades formadoras dos profissionais pesquisados (MENEZES; D'INNOCENZO, 2013).

Conforme a pesquisa de Merreiro et al., (2015), os enfermeiros não têm intimidade com a utilização dos indicadores de qualidade; alguns afirmam nunca ter feito uso dessa ferramenta, durante o processo de trabalho. Em contrapartida, observa-se que os enfermeiros percebem a necessidade de se apoderar desse conhecimento e de aplicar ferramentas que qualifiquem seu trabalho assistencial, o trabalho da equipe e o cuidado ao paciente. Sendo assim, ficou evidenciado no estudo que os enfermeiros avaliam o serviço de enfermagem empiricamente, sem fundamentos e conhecimento do que estão avaliando de fato.

No estudo de Simões et al. (2009), os dados mostraram que os enfermeiros entendem a necessidade da utilização dos indicadores, para avaliar o desempenho da enfermagem. Ainda, verifica-se uma valorização por parte dos enfermeiros dos indicadores relacionados aos processos assistenciais específicos da enfermagem,

bem como a satisfação dos pacientes com a enfermagem e o dimensionamento do pessoal técnico de enfermagem. Diante disso, os autores concluem que é necessária a cultura de qualidade, nos serviços de enfermagem, assim como capacitar enfermeiros para a criação e análise de indicadores, desenvolvendo uma reflexão sobre a assistência e seus processos.

O mercado vem exigindo do enfermeiro seu aperfeiçoamento na utilização de instrumentos de gestão, como bases ideológicas e teóricas de administração e prática do gerenciamento de recursos, no que se refere às metas da instituição, à sua equipe de trabalho e aos seus pacientes (MENEZES; D'INNOCENZO, 2013).

Os resultados de um estudo realizado com enfermeiros apontam que os indicadores implantados em setores assistenciais contribuem fortemente para a melhoria da prática assistencial, assim como são necessários para tomadas de decisão setoriais e são instrumentos essenciais para a implementação das ações de melhoria. Também é necessário escolher sistemas de avaliação e indicadores de desempenho adequados, para apoiar a administração dos serviços e proporcionar tomadas de decisão com menor grau de incerteza possível (FRANCO et al., 2010).

Alguns fatores limitantes podem aparecer quando se fala da utilização dos indicadores, como a obtenção dos dados para a mensuração. A subnotificação das ocorrências, o entendimento incorreto ou parcial do processo e a pouca adesão dos colaboradores; a notificação equivocada e a dificuldade da localização e obtenção dos dados foram citadas em um estudo, como limitações que podem interferir diretamente no resultado da mensuração dos indicadores. Alguns colaboradores entendem a notificação de ocorrência e as não conformidades como uma punição e não como instrumento de melhoria de um processo (FRANCO et al., 2010).

Em um outro estudo, mostrou-se a importância dos indicadores de enfermagem informatizados, considerando efetivas contribuições relacionadas à coleta, ao armazenamento e à análise dos dados, assim como o acesso ao sistema de forma intuitiva pelos usuários (COHEN, 2009), contribuindo para a não subnotificação das ocorrências e seu gerenciamento.

O sistema informatizado para o gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem vem sendo cada vez mais utilizado, a exemplo de um hospital em São Paulo, que dispõe deste sistema, que reúne benefícios, além de destacar-se por armazenar dados pertinentes aos processos assistenciais e disponibilizá-los para a

avaliação dos resultados da assistência de enfermagem, sendo que estes podem ser consultados em tempo real (LABBADIA et al., 2011).

Neste sentido, alguns enfermeiros resistem às inovações no trabalho e não atuam com base em princípios, indicadores e padrões de qualidade, de modo a atender às necessidades pessoais e profissionais. Esse fato, sem dúvida, impossibilita a atuação planejada e sistematizada da enfermagem, podendo resultar em prejuízos de grande amplitude, tanto a pacientes como a familiares, profissionais, à instituição e a outros (MATSUDA; ÉVORA, 2003).

Acredita-se que a avaliação da qualidade do cuidado em enfermagem, por meio de indicadores, pode ser utilizada no sentido de reforçar o desejo natural dos profissionais da saúde em melhorar o cuidado, ao mesmo tempo em que funciona como uma forma de compreender a sua qualidade (VITURI; MATSUDA, 2009).

O enfermeiro necessita desenvolver habilidades na área de administração em enfermagem, abandonando a visão de que gerenciar é menos importante que cuidar do paciente, uma vez que não é possível existir um cuidado desvinculado da coordenação desse processo (SANNA, 2007). Portanto, defende-se nesse estudo a concepção de gerenciamento do cuidado em enfermagem, por entender que as ações gerenciais e assistenciais são indissociáveis e complementares.

Em uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, na qual foi pesquisado o uso de indicadores como ferramenta de gestão, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), os resultados apontam que os enfermeiros tiveram a concepção de indicadores como algo que permite que a equipe reconheça a realidade de seu território; planeje e implemente ações com vistas ao alcance de objetivos e, além disso, são encarados como metas mensalmente alcançadas. Contudo, evidenciou-se certo distanciamento entre os conceitos apresentados pelos profissionais e o que utilizam na prática, visto que os indicadores do cotidiano de trabalho permanecem sendo os predeterminados pela Secretaria Municipal de Saúde. Ainda, verificou-se que o enfermeiro tem incorporado essa responsabilidade de “atingir a meta” como algo inerente a sua prática profissional, quando deveria ocorrer de forma interdisciplinar, permitindo que toda a equipe interaja no processo. Ficou claro no estudo a necessidade de uma avaliação de qualidade nas organizações de saúde, na perspectiva da visão quantitativa (PAES et al., 2015).

Em um estudo nacional, que investigou a visão dos alunos de graduação em enfermagem, acerca da qualidade na assistência de enfermagem hospitalar, foi

detectado que, para uma assistência de qualidade, é preciso um olhar além da patologia do paciente, visando às suas necessidades totais; é necessário haver a garantia da continuidade do cuidado após a alta, para qualificar a assistência, a visão humanizada, o conhecimento técnico, a segurança do paciente, o gerenciamento do cuidado e a promoção do autocuidado (GABRIEL et al., 2010). Diante disso, fica claro que a qualidade assistencial envolve diferentes facetas do cuidado, que precisam ser atendidas e medidas, para que o paciente fique satisfeito e possa voltar ao serviço.

Em um estudo realizado com enfermeiros, para verificar a sua opinião sobre a utilização dos indicadores de qualidade, como metodologia de avaliação da assistência de enfermagem, observou-se que todos os enfermeiros que prestam assistência ao paciente têm conhecimento sobre os indicadores de qualidade e que a construção dos indicadores implica melhorar a qualidade da assistência em 33% e, a satisfação dos pacientes em 16%. Também foi visto que a educação continuada é o método mais indicado para a implantação dos indicadores de gestão assistencial (CINTRA et al., 2010).

Acompanhando essa lógica, a enfermagem, parte integrante da equipe de saúde, enfrenta muitos desafios no sentido de atender às demandas dos pacientes, a fim de alcançar a excelência da qualidade assistencial.

Dentro dessa ótica, a qualidade é considerada um processo dinâmico e exaustivo de identificação constante dos fatores intervenientes, no processo de trabalho da equipe de enfermagem, e requer do profissional-enfermeiro a implantação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados (FONSECA et al., 2005).

Um dos pontos relevantes nesta busca da qualidade pelo enfermeiro é a sua capacidade de liderança, que permeia todo o processo de transformação do cenário assistencial. O enfermeiro combina qualidades múltiplas para integrar competências diversas; facilidade de interação pessoal; entusiasmo para enfrentar e superar desafios; adaptabilidade a novas situações, aliando qualificação técnica e funcional a conhecimentos científicos, na busca por melhores resultados, com ações voltadas à priorização do paciente. Pelo seu perfil de educador, pesquisador, com habilidades gerenciais e liderança, o enfermeiro torna-se provocador de mudanças e com

flexibilidade para trabalhar em equipe multidisciplinar e de interagir com os vários serviços de apoio da instituição (MATOS et al., 2006).

A qualidade assistencial envolve um processo de transformação do trabalho e do comportamento das pessoas, abrangendo uma profunda mudança cultural, treinamento em liderança e educação continuada, no sentido da melhoria dos processos e resultados da instituição (NETO; BITTAR, 2004). Ainda nessa perspectiva, a utilização de indicadores de qualidade assistencial constitui um poderoso instrumento de gestão para os enfermeiros, pois permite demonstrar a relevância da adequação quantitativa e qualitativa do quadro de pessoal para a promoção dos cuidados de excelência aos usuários dos serviços de saúde (GARCIA; FUGULIN, 2012).

A partir dos conceitos de gestão da qualidade e de indicadores, pode-se perceber a importância da inserção do enfermeiro-líder neste processo de construção, acompanhamento e resultado dos indicadores. Na construção dos indicadores, existe a possibilidade de toda a equipe estar inserida, propor melhorias e transformar o *status quo* da assistência. É necessário um agir e fazer crítico do enfermeiro, pensando nas dificuldades diversas do cotidiano do trabalho em saúde, que é sempre dinâmico, singular e complexo. Com os indicadores, podemos trabalhar com a prática baseada em evidência e com a gestão da clínica, podendo contribuir para um melhor direcionamento da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, proporcionar melhor qualidade ao serviço prestado (CALDANA, 2013).

Diante do apresentado, pode-se dizer que a qualidade assistencial do cuidado de enfermagem necessita de gerenciamento, que poderá ser realizado por meio dos indicadores de qualidade, visto que estes podem ser uma ferramenta utilizada para a melhoria contínua. Para isso, é importante o aperfeiçoamento do enfermeiro-líder, a análise do cenário do processo de trabalho e ainda a discussão com sua equipe. Desse modo, mudanças e transformações da assistência são possíveis de serem visualizadas, motivando e estimulando a enfermagem para um cuidado integral e gerenciado.

3.4 Política Nacional de Atenção Hospitalar: diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS)

A Portaria 3.390, de 30 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013).

As RAS são estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão da saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência. São atributos da RAS: atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde; acesso regulado aos outros níveis de atenção, e linhas de cuidado estruturadas (BRASIL, 2010).

Sabe-se que a atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre, para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

Com o desenvolvimento do SUS houve muitos avanços, assim como dificuldades e retrocessos como se pode observar em sua história. Diversas políticas e programas de saúde surgiram para a busca da consolidação do sistema de saúde, auxiliando no alcance dos objetivos a serem alcançados. Em contrapartida, a crise no sistema de saúde está presente no cotidiano dos usuários, trabalhadores e gestores, podendo facilmente ser constatada mediante fatos observados, divulgados e até mesmo denunciados pelos veículos de comunicação, tais como: falta de leitos hospitalares; espera por cirurgias; filas longas e freqüentes, tanto na atenção básica quanto nos serviços de referência; escassez de recursos, tanto financeiros quanto humanos e materiais; atraso de repasses ou não repasse de recursos; abusos cometidos por planos e instituições privadas, e ainda surgimento de doenças transmissíveis anteriormente controladas. Percebe-se que, como cidadãos, trabalhadores, gestores ou usuários, não se pode deixar de olhar para as políticas e os programas de saúde existentes, buscando respostas para essas dificuldades e esses desafios, assegurando o direito à saúde (PEREIRA, 2006).

Um exemplo que pode ser explorado pelos gestores de saúde, no que tange ao nível hospitalar, componente da RAS, que atua de forma articulada à Atenção Básica é a Política Nacional de Atenção Hospitalar, que pode ser aplicada em todos os hospitais, públicos ou privados, que prestam ações e serviços em saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2013). A Política descreve os hospitais como:

[...] instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013, p. 2).

A empresa hospitalar é um sistema complexo, trabalha com o que há de mais importante para o ser humano, ou seja, a vida. Além disso, esse sistema conta com “miniempresas” superespecializadas, tais como: serviço de nutrição e dietética, limpeza hospitalar, lavanderia, laboratório, centro cirúrgico, central de esterilização, clínicas de imagens, unidades de terapia intensiva, hotelaria, manutenção, entre outros. Assim é necessária a utilização de técnicas administrativas eficazes, em busca de resultados, que alcancem objetivos preestabelecidos (TAJRA, 2006).

Os hospitais que prestam assistência, no âmbito do SUS, devem ter sua missão e perfil assistencial definido, conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho das RAS regionais, vinculados a uma população de referência, com base territorial definida, acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea (BRASIL, 2013). Sendo assim, o delineamento do perfil epidemiológico da instituição, a construção de fluxos de referência e contrarreferência culminam com uma assistência de qualidade e a garantia da continuidade do cuidado integral ao usuário.

As diretrizes propostas pela PNHOSP destacam a garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar; regionalização da atenção; continuidade do cuidado, por meio da articulação do hospital; modelo centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar; acesso regulado; atenção humanizada; gestão de tecnologia; qualidade e segurança do paciente; efetividade dos serviços; financiamento tripartite; atenção à saúde indígena; transparência e eficiência na aplicação de recursos; participação e controle social; monitoramento e avaliação dos serviços (BRASIL,

2013). Destaca-se que as instituições hospitalares apresentam um papel importante na sociedade, no que se refere à saúde e precisam preocupar-se, constantemente, com o planejamento da gestão hospitalar, para que suas diretrizes sejam reafirmadas e alcançadas.

Para ajudar as instituições na organização e no atendimento de suas diretrizes, a PNHOSP criou os seis eixos estruturantes, sendo eles: assistência hospitalar, gestão hospitalar, formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho, financiamento, contratualização e responsabilidades das esferas de gestão (BRASIL, 2013).

A assistência hospitalar, que corresponde ao primeiro eixo, está organizada a partir das demandas da população, baseada no cuidado multiprofissional, na horizontalidade, na organização de linhas de cuidado e na regulação de acesso, garantindo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2013).

A equipe multiprofissional deve ser a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital, ou seja, o cuidado deve ser interdisciplinar em sua essência. A horizontalidade do cuidado consiste em uma das estratégias para a efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares. As estratégias de organização da atenção, que viabilizam a integralidade da assistência e compreenderem o percurso do paciente, em nível hospitalar, são designadas de linhas de cuidado. Em suma, desenham o itinerário terapêutico dos usuários na rede (BRASIL, 2013; BRASIL, 2010).

No que se refere à regulação do acesso, entende-se como uma demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades, conforme a Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008). Além disso, as portas dos hospitais de urgência e emergência devem implantar o acolhimento e protocolo de classificação de risco (BRASIL, 2009) e vulnerabilidades específicas, sendo a equipe de saúde responsável pelo usuário, a partir do momento de sua chegada (BRASIL, 2013).

O modelo de atenção hospitalar também deve contemplar um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Neste sentido, é responsabilidade dos hospitais implantarem núcleos de Segurança do Paciente, conforme Portaria 529, de abril de 2013

(BRASIL, 2013a), primando por intervenções seguras e resolutivas, evitando atos inseguros relacionados ao cuidado à saúde (BRASIL, 2013).

O tema segurança do paciente, como uma das dimensões da qualidade, tem sido amplamente discutido e estudado na atualidade. Do mesmo modo, a divulgação dos problemas relacionados à segurança do paciente, no ambiente hospitalar, tem levado as organizações da área da saúde, em todos os níveis de gestão, a investigarem suas causas e a proporem medidas visando a conscientizar os profissionais desses problemas e reduzir riscos e danos aos pacientes (BRASIL, 2013b).

No que se refere ao segundo eixo, gestão hospitalar, estão: a garantia do acesso e da qualidade da assistência; cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor; eficiência e transparência da aplicação dos recursos e planejamento participativo e democrático (BRASIL, 2013).

A gestão hospitalar deve ser definida de acordo com o desenho da RAS, conforme o papel do hospital na rede, os fluxos regulatórios, a contratualização e os critérios de monitoramento e avaliação. Com isso, os hospitais precisam desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e das metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e dos serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão (BRASIL, 2013).

Sabe-se que atingir os mais altos níveis de desempenho requer métodos e processos bem-executados voltados para o aprendizado, que precisa estar impregnado na forma de funcionamento da organização. Isto significa que o aprendizado precisa fazer parte do trabalho diário dos setores, buscando minimizar problemas em suas origens e motivado pela oportunidade de executar uma atividade de forma melhor (BURMESTER, 2012).

No terceiro eixo, há a formação, o desenvolvimento e a gestão da força de trabalho; desse modo, os espaços de produção das ações e dos serviços de saúde no SUS devem constituir-se em campo de prática para o ensino, a pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, cabendo aos hospitais integrantes do SUS desempenhar um importante papel na formação, tanto para suas equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, de acordo com o pactuado com os gestores. A educação permanente e a participação em ações de formação de novos profissionais de saúde também devem integrar

programas e políticas de formação em saúde (BRASIL, 2013). Nota-se um movimento ainda muito incipiente por parte dos hospitais em realizar programas voltados para a formação em saúde, de modo que, em alguns momentos, encontra-se profissionais pouco capacitados para o atendimento ao SUS.

Pode-se dizer que não são todos os hospitais que trabalham com a educação permanente dos profissionais de saúde, visto que consideram que os mesmos deverão vir preparados para o mercado de trabalho. Na prática, observa-se que alguns gestores conhecem as políticas que regem o SUS de maneira superficial e ficam atrelados a desenvolver apenas o operacional da função. Todavia, as instituições podem buscar subsídios na educação permanente, em busca do aperfeiçoamento, conhecimento e assim, qualificar o atendimento.

No momento pelo qual o País vem passando, reflexo dos efeitos da globalização, do mercado empresarial competitivo, é fundamental que haja apropriação da valorização dos profissionais, que podem fazer o diferencial nas organizações, ajudando a empresa a atingir seus objetivos estratégicos; superar as expectativas do paciente e apresentar resultados promissores no mercado altamente competitivo (RUTHES et al., 2011). Sendo assim, os hospitais precisam encontrar estratégias para a valorização dos colaboradores; uma das maneiras poderá ser com o estabelecimento de parcerias dos programas de governo, nas três esferas de poder.

Os hospitais ainda podem receber Certificação de Hospital de Ensino, quando apresentam missão específica de ensino de graduação e pós-graduação. Para isso, precisa atender aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação (BRASIL, 2013). Esta iniciativa pode contribuir com a formação, capacitação e sensibilização dos profissionais atuantes e dos futuros profissionais, voltando-os para um atendimento humanizado, acolhedor e ético.

Em relação à valorização dos trabalhadores, a PNHOSP descreve algumas estratégias, tais como: avaliação de desempenho, educação permanente e avaliação da atenção à saúde do trabalhador. A avaliação de desempenho deve ser sistemática, com análises individuais e coletivas, com participação ativa do trabalhador. Já a educação permanente deve estar baseada no aprendizado em serviço, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais. E a atenção à saúde do trabalhador contemplará ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de agravos e reabilitação (BRASIL, 2013). Sendo assim,

pertence às instituições de saúde a busca constante na valorização do quadro funcional, partindo de estratégias trabalhadas no cotidiano do processo de trabalho em saúde.

O eixo quatro se refere ao financiamento, que é realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS. Sendo assim, os hospitais precisam buscar sua sustentabilidade financeira, de acordo com a população a ser atendida, território de atuação, missão e papel na RAS, pactuados regionalmente (BRASIL, 2013).

No eixo cinco, das contratações, descreve a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização. A sua finalidade está no estabelecimento de compromissos entre as partes, ao promover a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa; ao levar em consideração as necessidades locais e regionais, a definição das ações e dos serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa, que serão disponibilizadas para o gestor; formas de repasse dos recursos financeiros; aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais, e efetivação do controle social e garantia de transparência (BRASIL, 2013).

No último eixo, fala das responsabilidades das esferas de gestão, sendo que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS, são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com princípios e diretrizes (BRASIL, 2013).

Dentre as responsabilidades do Ministério da Saúde, compete definir, implementar, monitorar e avaliar a PNHOSP. Já às secretarias estaduais e do Distrito Federal cabe coordenar a implantação, o monitoramento e a avaliação; estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho e qualidade. As secretarias municipais de saúde e do Distrito Federal coordenam a implantação, a execução, o monitoramento e a avaliação da PNHOSP e também estabelecem mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, por meio de indicadores

(BRASIL, 2013), assim como propor diretrizes de educação permanente, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009a).

Vale lembrar que a PNHOSP é uma política nova, ainda em consolidação e sua implementação se dará de maneira gradual; a ideia principal é reformular o modelo atual, tornando mais claras as competências nas diferentes esferas: municipal, estadual e federal; garantir um atendimento humanizado, levando em consideração os indicadores de qualidade de atendimento para uma prática segura e com qualidade aos usuários dos serviços.

4 Metodologia

Este capítulo é composto por sete subitens, sendo eles: caracterização do estudo; local do estudo; participantes do estudo; critérios para a seleção dos participantes; aspectos éticos; coleta de dados e análise dos dados.

4.1 Caracterização do estudo

O estudo terá uma abordagem qualitativa, cujo conceito remete-se à realização de uma pesquisa que enfoca os significados atribuídos pelas pessoas às experiências e vivências do mundo social, e como isso é compreendido por esses seres humanos. Cotidianamente, as pessoas se utilizam de métodos qualitativos para compreender o mundo: observando, interagindo e conversando. Apresenta características de rigorosidade, sistematicidade, planejamento, análise ponderada e cuidadosa dos dados, exigidos pela pesquisa científica (POPE; MAYS, 2009).

Caracteriza-se como uma investigação exploratória e descritiva, que terá como objetivo conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade para o gerenciamento do cuidado.

O estudo exploratório tem por finalidade a familiarização com o problema ou a obtenção de uma nova percepção, com vistas a torná-lo mais explícito (CERVO; BERVIAN, 1996). Já a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever com exatidão fato e fenômenos correspondentes a uma determinada realidade (TRIVINÕS, 2008).

4.2 Local de estudo

O cenário de estudo será um hospital filantrópico, sem fins lucrativos, que atende mais de 60% dos pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na região nordeste do Rio Grande do Sul. Instituição acreditada nível II,³ que cumpre integralmente os requisitos dos níveis 1 e 2 pelo manual da Organização Nacional da Acreditação (ONA) (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014). Está localizada na cidade de Caxias do Sul, na Serra gaúcha e dispõe de 293 leitos,

³ Princípio do nível 1: Segurança; Princípio do nível 2: Gestão integrada.

tem caráter geral, com atendimento de diversas especialidades, como: neurologia, traumatologia, cardiologia, clínica médica, cirurgia geral, nefrologia, oncologia, entre outras, sendo referência para a urgência, emergência e alta complexidade para a população de cerca de um milhão de pessoas (HOSPITAL NOSSA SENHORA DE POMPÉIA, 2009).

A instituição tem 1.334 colaboradores distribuídos nas áreas de enfermagem, nutrição, higienização, hotelaria e administrativa, além do corpo clínico aberto,⁴ formado por 400 médicos especialistas. Já a equipe de enfermagem da organização é formada por 106 enfermeiros e 465 técnicos de enfermagem, que atuam na assistência ao paciente nos turnos: manhã, tarde e noite.

Ainda, a instituição conta com o modelo de gestão da qualidade⁵ há oito anos, no qual são trabalhados com indicadores de qualidade,⁶ além de ser campo de atuação da pesquisadora, motivos pelos quais foi escolhida para o desenvolvimento do estudo.

4.3 Participantes do estudo

Serão convidados a participar do estudo enfermeiros-líderes, que atuam em Unidades Assistenciais abertas, que atendem em sua maioria aos pacientes do SUS. A escolha pelas referidas unidades assistenciais ocorre com base na seguinte justificativa: são unidades nas quais os enfermeiros-líderes já utilizam os indicadores no seu processo de trabalho, há mais de sete anos; participam de um grupo de indicadores da instituição e por existir uma relação de proximidade da pesquisadora tanto com o cenário quanto com a equipe de enfermeiros.

Pope e Mays (2009) referem que o pesquisador precisa ser aceito pelo grupo, mas evitar mergulhar tanto na cultura do grupo, a ponto de perder a capacidade de recuar e analisar o ambiente. Assim, as Unidades Assistenciais abertas configuraram-se espaços adequados para o desenvolvimento do estudo, pois a pesquisadora apresenta certo grau de familiaridade; no entanto, não integra o grupo de trabalho.

⁴ Não fazem parte do corpo funcional.

⁵ “[...] processo de definição, implantação e avaliação das políticas de qualidade” (PALADINI, 2007, p.136).

⁶ Rotatividade, absenteísmo, média de permanência dos pacientes, eventos-sentinela, índice de infecção, satisfação do paciente, riscos clínicos e não clínicos, taxa de ocupação, entre outros.

4.4 Critérios para a seleção dos participantes do estudo

Os critérios de inclusão serão: ser enfermeiro-líder que atue por no mínimo um ano na instituição e trabalhar nas Unidades Assistenciais abertas, visto que, ao ser admitido no hospital, o profissional permanece 90 dias em contrato de experiência e em capacitação. Após esse período, o enfermeiro já pode assumir alguma unidade e começa a trabalhar com indicadores de qualidade, tais como: absenteísmo, rotatividade, média de permanência dos pacientes, eventos-sentinel, satisfação do usuário, índice de infecção, entre outros.

Não serão incluídos, no estudo, enfermeiros-líderes que estavam afastados por qualquer motivo (férias, licença-maternidade, licença-saúde) no momento da coleta de dados.

4.5 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, serão respeitados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/12⁷ do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Além desses princípios, o estudo está de acordo com a Resolução do Cofen 311/2007, Capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem,⁸ que diz respeito a proibições (arts. 94, 96, 97 e 98), responsabilidades e deveres (arts. 89, 90, 91, 92, 93).

⁷ Resolução 466/12, que tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta Resolução incorpora os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estudo.

⁸ Capítulo III: no que consiste as responsabilidades e os deveres: Art. 89º- Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Art. 92 - Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral. Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas. Das proibições: Art. 94 - Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 96 - Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade. Art. 97 - Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos pré-determinados. Art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (COFEN, 2007).

Destaca-se que o estudo não acarretará riscos físicos aos participantes, porém, toda pesquisa que envolve seres humanos poderá desenvolver algum tipo de risco. Deste modo, a exposição a riscos, por envolver questionamentos subjetivos, como acanhamentos ou desconfortos, no momento da coleta de dados, será minimizada por meio de orientações a respeito do estudo, e a interrupção da entrevista, sempre que solicitado pelo participante. Ainda, ressalta-se que não haverá nenhum tipo de retaliação aos participantes. Destaca-se, também que a pesquisa não irá avaliar em nenhum momento o trabalho do enfermeiro, mas conhecer suas percepções acerca do tema. A pesquisa trará benefícios aos participantes envolvidos no estudo, oportunizando refletir sobre o uso dos indicadores de qualidade no ambiente hospitalar.

Respeitando os preceitos éticos, os participantes serão convidados a participar da pesquisa, destacando o caráter não obrigatório e os procedimentos utilizados. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) legitimará a participação voluntária dos indivíduos. O anonimato dos participantes será respeitado, podendo recusar ou interromper sua participação a qualquer momento. Os dados da pesquisa servirão apenas para o meio acadêmico e científico e, em nenhum momento, os participantes serão identificados por outras pessoas, além da pesquisadora. A coleta de dados será realizada após o consentimento e a autorização da instituição do estudo e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas-UFPEL.

A cópia do TCLE dos pesquisadores e os dados da pesquisa serão armazenados por cinco anos, sob custódia da professora orientadora da pesquisa, em sua residência. Após esse período será realizada a incineração dos termos e dos arquivos da pesquisa e os documentos armazenados em dispositivos móveis (*pendrive* e HD externo) serão formatados.

4.6 Coleta de dados

Inicialmente, será realizado contato com a instituição do estudo, a fim de solicitar uma carta de anuência (APÊNDICE A) à Gerência de Enfermagem, a qual ressaltará os objetivos da pesquisa e solicitará autorização para a obtenção dos dados.

O projeto será submetido à Plataforma Brasil, para apreciação e análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, será encaminhada, também, uma carta de apresentação da pesquisa aos profissionais das Unidades Assistenciais abertas (APÊNDICE B).

Após o convite a participar da pesquisa e assinatura do TCLE, irá iniciar a coleta de dados com os enfermeiros-líderes que aceitarem participar da mesma, no período de março a maio de 2016, em sala reservada, no cenário do estudo. Serão utilizados para a coleta de dados: a entrevista semiestruturada e a técnica de grupo focal.

A coleta de dados irá iniciar pelas entrevistas e, depois de concluída essa etapa, os enfermeiros-líderes serão convidados a participar de dois encontros de grupo focal, encerrando assim a coleta de dados.

Por entrevista semiestruturada entende-se uma técnica que retrata um dos principais meios de que o pesquisador disponibiliza para realizar a coleta de dados. Em geral, inicia-se pela elaboração de questionamentos, apoiados em teorias e hipóteses, as quais interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão brotando, à medida que são obtidas as respostas dos informantes (TRIVIÑOS, 2008).

Já o grupo focal é considerado uma técnica de coleta de dados específica da pesquisa qualitativa, por proporcionar a interação grupal para a produção de dados. A partir dessa técnica, é possível coletar dados, diretamente, dos depoimentos de um grupo, que relata suas experiências e percepções, em torno de um tema de interesse coletivo (LEOPARDI; BECK; NIETSCHE, 2001).

Pode-se dizer que, nas pesquisas da Enfermagem, o grupo focal favorece a percepção de práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes que, direta ou indiretamente, influenciam no processo de trabalho (BUSANELLO et al., 2013). Sendo assim, o grupo focal tem como objetivo estimular a reflexão e promover a discussão sobre os indicadores de qualidade, bem como proporcionar o debate coletivo acerca da utilização dos indicadores, como ferramentas do processo de trabalho para o gerenciamento do cuidado.

A pesquisadora assumirá o papel de coordenadora (moderadora), no grupo focal com os enfermeiros-líderes, que é significativo e relevante para o bom funcionamento do grupo e implica preparo e instrumentalização em todas as fases do processo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Vale lembrar que a coordenadora não

é uma professora, não é uma juíza, não é uma chefe, não expressa acordo ou desacordo com pontos de vista apontados pelos participantes e também não põe palavras na boca desse segmento (DEBUS, 1997). Sendo assim, a coordenadora é uma facilitadora do debate.

O observador também é uma figura importante para o êxito da técnica de grupo focal, e exige dele atenção constante e habilidade de análise e síntese. Para ser o observador do estudo, a pesquisadora contará com uma colega de trabalho do hospital, que será capacitada previamente para desenvolver tal função. Em sintonia com a coordenadora, a observadora poderá auxiliar na condução da sessão e, no final, pode contribuir com seu parecer. Durante a sessão, irá controlar o tempo e monitorar o equipamento de gravação. Também fará um breve registro em cada fala dos participantes, de modo a colaborar com a transcrição das falas, identificando os participantes. Como a observação é participante, o observador deve sentar em posição, no grupo, de modo que não seja ao lado do coordenador, para evitar o reforço de posições de comando. No final de cada sessão do grupo focal, no primeiro ou segundo dia subsequente, é importante ao coordenador e observador se reunirem, para realizar *feedback* sobre o que transcorreu no grupo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

4.7 Análise dos dados

Para a análise dos dados elucidados durante as entrevistas e grupo focal, será utilizada a proposta operativa de Minayo (2010), que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro, inclui determinações fundamentais do estudo, que é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo, denomina-se de interpretativo, que consiste no ponto de partida e de chegada da investigação, demonstrando o encontro com os fatos empíricos.

Na fase interpretativa, tem-se duas etapas, a saber:

- ordenação dos dados: etapa que engloba a transcrição dos dados obtidos por meio das técnicas de coletas de dados, releitura do material e organização dos relatos em determinada ordem;
- classificação dos dados: constituída pelas seguintes etapas:
 - < leitura horizontal e exaustiva dos textos: primeiro contato entre a pesquisadora e o material de campo, por meio de leituras flutuantes;

- < leitura transversal: nesta etapa foram separados os dados por temas, estabelecendo relações entre os mesmos. Aqui, o pesquisador separou as partes semelhantes, buscando perceber as conexões entre elas;
- < análise final: nesta etapa foram confrontados os dados obtidos com o referencial teórico adotado no estudo;
- < relatório: apresentação dos resultados da pesquisa na forma de manuscritos.

5 Cronograma

A seguir é apresentado o cronograma contendo as atividades e o período em que foram realizadas.

Quadro 1 – Cronograma de atividades

Atividades	Período 2015										Período 2016												
	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.		
Definição do tema	X																						
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X	X	X	X															
Entrega do projeto									X														
Qualificação									X														
Encaminhament o à Plataforma Brasil									X	X	X	X											
Coleta de dados (*)												X	X	X									
Análise dos dados													X	X	X	X	X						
Elaboração da dissertação													X	X	X	X	X	X	X	X			
Entrega da dissertação																				X			
Defesa da dissertação																					X		
Entrega do trabalho final																					X		

(*) Os dados somente foram coletados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

6 Orçamento

A seguir são apresentados os recursos humanos e materiais, sendo que todos eles foram custeados pelo próprio autor.

Quadro 2 – Recursos humanos

Recursos	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Revisor de português	1	200,00	200,00
Tradutor de resumos para inglês	1	50,00	50,00
Tradutor de resumos para espanhol	1	50,00	50,00
Total de despesas			300,00

Quadro 3 – Recursos materiais

Recursos	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Lápis	10 unidades	1,00	10,00
Borracha	4 unidades	1,20	4,80
Apontador	1 unidade	3,50	3,50
Caneta	10 unidades	2,00	20,00
Folha A4 (500 folhas)	1 pacote	16,00	16,00
Gravador digital	1 unidade	250,00	250,00
Pilha (4 unidades)	1 pacote	12,00	12,00
Xérox	500 unidades	0,12	60,00
Impressão	250 unidades	0,12	30,00
Encadernação espiral	5 unidades	4,00	20,00
Capa/Encadernação	5 unidades	9,00	45,00
Pen Drive	1 unidade	30,00	30,00
Passagem intermunicipal	10 unidades	100,00	1.000
Passagem urbana	40 unidades	2,75	110,00
Computador	1 unidade	1.800,00	1.800,00
Total de despesas			3.405,00

Referências

AMESTOY, S. C. **Liderança como instrumento no processo de trabalho da enfermagem**. 2008. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

AMESTOY, S. C. et al. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 617-624, dez. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8752/7537>>. Acesso em: 27 set. 2015.

AMESTOY, S. C. et al. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 617-24, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a06v30n4.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2015.

AMESTOY, S. C. et al. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 844 – 847, set/out.2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/25.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

AMESTOY, S. C. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 468-75, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a24.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2015.

AMESTOY, S. C. et al. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros – líderes no ambiente hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 2, p. 79-85, jun. 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/40155/29928>>. Acesso em: 27 set. 2015.

ANDRADE, F. M. et al. Acreditação e a busca pela qualidade assistencial: uma revisão integrativa. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 15, nº 166, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd166/acreditacao-e-a-busca-pela-qualidade-assistencial.htm>>. Acesso em: 26 set. 2015.

ANDRES, C. C.; PEREIRA, A. L. B. Concepções de liderança dos profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Estudo & Debate**, Lajeado, v. 21, n. 1, p. 26-36, 2014. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/viewFile/904/580>>. Acesso em: 27 set. 2015.

BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 2, p. 366-70, maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência**: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL. Ministério da Defesa do Exército Brasileiro. **Programa Excelência Gerencial**: indicadores de desempenho – Sistema de Medição de Desempenho Organizacional. Brasília, DF: Ministério da Defesa do Exército Brasileiro, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.559**, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 31 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 3). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 26 set. 2015.

_____. **Decreto 7.508**, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 8 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 27 set. 2015.

_____. **Portaria 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à saúde (RAS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 529**, de 1º de abril de 2013a. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 18 fev. 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Anvisa. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 133 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista Administração Saúde**, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001. Disponível em: <<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

BURMESTER, Haino. **Manual de gestão hospitalar**. Rio de Janeiro: FGV, 2012.

BUSANELLO, J. et al. Grupo focal como técnica de coleta de dados. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 358-364, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/32586/20702>>. Acesso em: 27 set. 2015.

CALDANA, G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 4, p. 915-922, out/dez. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/v15n4a08.htm>. Acesso em: 26 set. 2015.

CAMACHO, A. C. L. F.; ESPIRITO SANTO, F. H. Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [internet], Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 13-17, jan. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1529/1572>>. Acesso em: 26 set. 2015.

CAMPBELL, S. M., et al., Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Education and Debate**, v. 326, p. 816-819. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1758017/pdf/v011p00358.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Afiliada, 1996.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C.de. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 734-741. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/28.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

CINTRA, E. de A. et al. Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. **J Health Sci Inst.**, v. 28, n. 1, p. 29-34. 2010. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p29-34.pdf>. Acesso em: 26 set. 2015.

COHEN, R. et al. When quality and computers meet: construction of a computerized nursing quality indicators scale for departamental self – monitoring and improvement of quality of care. **Stud Health Technol Inform.** v. 146, p. 414-415, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 311/2007**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n.1, p. 5-25, jan. 1999. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4218/2228>>. Acesso em: 27 set. 2015.

DEBUS, M. **Manual para excelência enlainvestigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

ESCRIVÃO JÚNIOR, A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p.655-666. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n3/15.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

FELDMAN, L. B.; CUNHA, I.C.K.O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Revista Latino – Am. Enfermagem**, v. 14, n.4, p. 540-545, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a11.pdf>>. Acesso: 26 set. 2015.

FELLI, V. E. A; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 1-11.

FIORETTI, D. C.; SANNA, M.C. Preparo do enfermeiro – líder para a qualidade da assistência de enfermagem: revisão da literatura. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 3, p. 17-22. 2002. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-04.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

FLECHA, D. A. et al. Indicadores de qualidade: uma revisão sistemática. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 18, n. 182, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd182/indicadores-de-qualidade-uma-revisao.htm>>. Acesso em: 26 set. 2015.

FONSECA, A. S. et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo Saúde**, v. 29, n. 2, p. 161-168. 2005. Disponível em: <http://saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/29/05_Auditoria_indicadores.pdf>. Acesso em: 26 set. 2015.

FORGIA, G. M. L.; COUTTOLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

FRADIQUE, M. de J.; MENDES, L. Efeitos da liderança na melhoria da qualidade. **Revista de Enfermagem Referência**, III Série, nº 10, jul. 2013.

FRANCO, et al. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 806-810, set/out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500018&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 set. 2015.

GABRIEL, C. S. et al. Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 529-535.

2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n3/v31n3a17.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

GARAY, A. Gestão. In: CATTANI, A. D. **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes, 1997.

GARCIA, P. C.; FUGULIN, F.M.T. Tempo de assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. **Rev. Latino – Am. Enferm.**, Brasília, v. 20, n. 4, jul./ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_04>. Acesso em: 26 set. 2015.

GAUDÊNCIO, P. **Superdicas para se tornar um verdadeiro líder**. São Paulo: Saraiva, 2007.

GELBCKE, F. L. et al. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. **Rev Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 136-139, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/21.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

HADDAD, M.C.L.; ROSSANEIS, M.A. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem. In: VALE, E. G.; LIMA, J. R.; FELLI, V.E.A. **Programa em atualização em enfermagem**. Brasília: Artmed, 2011. p. 41-90. Cap. 2.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>>. Acesso em: 27 set. 2015.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE POMPÉIA. **Regulamento Interno e Manual de Integração**. Caxias do Sul, 2009.

HUNTER, J. C. **O monge e o executivo**: uma história sobre a essência da liderança. Trad. de Maria da Conceição Fornos de Magalhães. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. (JCAHO). **Accreditation manual for hospitals. Nursing Care**, 1992. p. 79-85.

KEMPFER, S. S. et al. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 562-566, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000300022&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 set. 2015.

KRISTENSEN, S. et al. Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in European hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, 2015, v. 27, n. 6, p. 499-506. DOI: 10.1093/intqhc/mzv079 Advance Access Publication Date: 6 October 2015. Article.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. A construção de indicadores de qualidade para avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 88-91, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v19n1/a14v19n1.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human**: building a safer health system. Washington: National Academy of Sciences, 2000.

LABBADIA, L.L. et al. Sistema informatizado para gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem do hospital São Paulo. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 45, n. 4, p. 1013-1017. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a32.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Am. de Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 651-658, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_26.pdf>. Acesso em: 27 set. 2015.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MARREIRO, L. A. dos A. et al. Percepções e experiências de enfermeiros gerentes relativas aos indicadores de qualidade. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7255-7263, abr., 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7351/pdf_7489>. Acesso em: 1º nov. 2015.

MATOS, S. M. et al. Um olhar sobre as ações do enfermeiro no processo de acreditação. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 418-424, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/440>>. Acesso em: 26 set. 2015.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-14, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI adulto: perspectiva de gestão para a qualidade.** 2002. 262 p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M. Gestão da equipe de enfermagem de uma UTI: a satisfação profissional em foco. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 2, n. 1, p. 11-18. 2003. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5562/3534>>. Acesso em: 26 set. 2015.

MENEZES, P. I. F. B. de; D'INNOCENZO, M. Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na utilização de indicadores de processos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 57-67, jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a16.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

MEER, S. W. D. Are the dutch long-term care organizations getting better? A trend study of quality indicators between 2007 and 2009 and the patterns of regional influences on performance. **International Journal for Quality in Health Care**, 2013, v. 25, n. 5, p. 505-514, 2013.

MINAYO, M. C. de S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 83-91, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a09v33s1.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Ucitec, 2010.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v. 64, n.2, p. 348-54, mar./abr., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a20v64n2.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MOTTA, Paulo. Roberto. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar.** Rio de Janeiro: Quality Mark, 1999.

NAGEH. Programa de qualidade hospitalar. **Manual de indicadores de enfermagem.** São Paulo: APM/Cremesp, 2006.

NEPOMUCENO, L. M. R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n.4, p.665-672. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a07.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

NETO, A. QUINTO; BITTAR, O. J. Nogueira. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação dos programas de saúde**: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde. Genebra, 1981.

OMS. **The world health report**: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2014.

PAES, L. G. et al. O uso de indicadores como ferramenta de gestão na estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 40-49, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/14150/pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

PAIVA, S. M. A. **Qualidade da assistência hospitalar**: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. 2006. p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade**: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre o planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)066.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)066.pdf)>. Acesso em: 8 nov. 2015.

PEREIRA, N. A. **As configurações do SUS para seus usuários**: uma contribuição para a prática de enfermagem e de saúde. 2006. 133 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem/UERJ, Rio de Janeiro, 2006.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROSSANEIS, M.A. **Indicadores de qualidade adotados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino do Estado do Paraná, Brasil**. 2013. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12062013-203435/pt-br.php>>. Acesso em: 11 out. 2015.

ROSSANEIS, M. A. et al. Indicadores de qualidade nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 16, n. 4, p. 769-76, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n4/pdf/v16n4a09.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2015.

ROSSI, R. F.; SILVA, M. A.D. da. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468. 2005. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/68.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

RUTHES, R. M. et al. As competências no cenário da qualidade e o gestor de saúde. In: ALVES, V. L. S.; FELDMAN, L. B. (Org.). **Gestores da saúde no âmbito da qualidade: atuação e competências – abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 21-28.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

SANTOS, J. L. G. dos.; LIMA, M. A. D. da. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n4/v32n4a09.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 935-944, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/12.pdf>>. Acesso em 8 nov. 2015.

SILVA, C. P. R.; NORA, A. M. Indicadores de qualidade. In: LEÃO, E. R. et al. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul: Yendis, 2008. p.1-13.

SILVA, C. S. e et al. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 263-271, jun. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7586/6684>>. Acesso em: 27 set. 2015.

SOUSA, L. B. de.; BARROSO, M.G.T. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 181-187, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25>>. Acesso em: 27 set. 2015.

SOUZA, V.H.S. de.; MOZACHI, N. **O hospital: manual do ambiente hospitalar**. Curitiba, 2009.

TAJRA, Sanmya Feitosa. **Gestão estratégica na saúde**: reflexões e práticas para a administração voltada para excelência. São Paulo: Látria, 2006.

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

VITURI, D. W.; MATSUDA, L.M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 43, n. 2, p. 429-437. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Campaigns.Patient Safety**: a world alliance for safer health care. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety>>. Acesso em: 5 ago. 2014.

Apêndices

APÊNDICE A – Autorização para o Desenvolvimento da Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA DE ANUÊNCIA AO HOSPITAL POMPEIA

Autorizo a estudante Ana Cristina Pretto Bão, mestranda da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, a desenvolver sua pesquisa intitulada como: **“INDICADORES DE QUALIDADE: FERRAMENTAS DO ENFERMEIRO-LÍDER PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO”**, tendo como objetivo geral: conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade como ferramentas para o gerenciamento do cuidado, sob orientação da Professora Dr^a Simone Coelho Amestoy.

Participarão do estudo os enfermeiros atuantes nas Unidades Assistenciais abertas, do Hospital Pompéia.

A pesquisa foi apresentada a Faculdade de Enfermagem como requisito parcial da obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde e será encaminhada à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaro que estou ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que serão assegurados:

- a) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- b) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- c) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Assim, declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo e segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nele recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tal segurança e bem-estar.

Caxias do Sul, _____ de _____ de 2015.

Assinatura e Carimbo do responsável pelo Hospital Pompéia

APÊNDICE B – Carta Convite

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA CONVITE AO PROFISSIONAL

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa **“INDICADORES DE QUALIDADE: FERRAMENTAS DO ENFERMEIRO-LÍDER PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO”**, tendo como objetivo geral: conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade como ferramentas para o gerenciamento do cuidado.

A pesquisa será realizada por mim Ana Cristina Pretto Bão, aluna da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e pela minha orientadora Prof^aDr^a Simone Coelho Amestoy através de entrevista semiestruturada e grupo focal.

Asseguro-lhe manter todos os preceitos ético-legais do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre a pesquisa envolvendo Seres Humanos garantindo principalmente o anonimato, individualidade e privacidade dos participantes.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa entendendo seu parecer sobre os indicadores de qualidade, enquanto ferramenta gerencial.

Atenciosamente,

Caxias do Sul, ____ de _____ 2016.

Dr^a Simone Coelho Amestoy

Orientadora

(53) 81399425/e-mail: simoneamestoy@hotmail.com

Ana Cristina Pretto Bão

Mestranda

(54) 92005519/e-mail: anacbao@yahoo.com.br

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Pesquisa: “INDICADORES DE QUALIDADE: UMA FERRAMENTA DO
PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO-LÍDER”

Pesquisadores:

Mestranda: Ana Cristina Pretto Bão, tel.:(54) 92005519, e-mail:

anacbao@yahoo.com.br.

Orientadora: Prof^aDr^a Simone Coelho Amestoy, tel.:(53)81399425, e-mail:

simoneamestoy@hotmail.com.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho, por meio deste convidá-lo (a) a participar da pesquisa, intitulada **“INDICADORES DE QUALIDADE: FERRAMENTAS DO ENFERMEIRO-LÍDER PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO”**, tendo como objetivo geral: conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade como ferramentas para o gerenciamento do cuidado.

A pesquisa será realizada por meio de entrevista semiestruturada e grupo focal. Essas informações serão armazenadas juntamente com a das (os) outras (os) participantes e os resultados obtidos serão colocados a disposição dos participantes e usados apenas para fins científicos. Aos participantes do estudo serão garantidos a privacidade e o anonimato.

Compreende-se que toda pesquisa que envolve seres humanos abarca riscos. O dano poderá ser imediato, por envolver perguntas subjetivas que provoque lembranças emotivas de diferentes vivências, este risco se justifica pela acuidade de relembrar aspectos do dia-a-dia. O risco de desconforto por ventura gerado nos questionamentos poderá ser minimizado considerando que a entrevista poderá ser interrompida, sempre que solicitado pelo participante ou então cancelada. A pesquisa trará benefícios aos participantes envolvidos no estudo, oportunizando refletir sobre o uso dos indicadores de qualidade no ambiente hospitalar.

A realização do grupo focal para a coleta dos dados ocorrerá em período previamente acordado entre os participantes e o pesquisador e será realizada por mim, Ana Cristina Pretto Bão, mestranda da Faculdade de Enfermagem da UFPel, sob a orientação da Prof^aDr^a Simone Coelho Amestoy.

Os participantes da pesquisa não terão gastos e não serão ressarcidos por participarem do estudo.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios da presente pesquisa. Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- de que o estudo será publicado em âmbito acadêmico e que serão respeitados os preceitos éticos;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado e não irei sofrer retaliações.

- de que este documento é elaborado em duas vias, ficando uma em meu poder e outra com os pesquisadores.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa, emitindo meu parecer quando solicitado e permitindo o uso de gravador de áudio.

Caxias do Sul, _____ de _____ 2016.

Participante da Pesquisa

Ana Cristina Pretto Bão
Mestranda

Dr^a Simone Coelho Amestoy
Orientadora

APÊNDICE D – Instrumento de Entrevista

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

I – Identificação

Data:/...../2016

Código do Enfermeiro Entrevistado: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: ____ anos

Tempo de formação: ____ anos e ____ meses

Tempo de trabalho na instituição: ____ anos e ____ meses

Local de atuação: _____

II – Entrevista

- 1) O que você entende por indicadores de qualidade?

- 2) O que você considera como gerenciamento do cuidado?

- 3) Como são utilizados dos indicadores de qualidade na prática assistencial da instituição?

- 4) Quais as contribuições na utilização dos indicadores de qualidade no gerenciamento do cuidado do enfermeiro-líder?

- 5) Existem dificuldades na utilização dos indicadores de qualidade no processo de trabalho do enfermeiro-líder? Quais?

- 6) O conhecimento acerca dos indicadores auxilia no processo de trabalho para o gerenciamento do cuidado em saúde? Por quê?

- 7) Quais as estratégias para a utilização dos indicadores de qualidade, de modo a contribuir com o gerenciamento do cuidado?

APÊNDICE E – Roteiro do Grupo Focal

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Data:...../...../2016

PRIMEIRO ENCONTRO

Apresentação dos dados emergidos das entrevistas.

Data:...../...../2016

SEGUNDO ENCONTRO

Apresentação dos dados emergidos no primeiro grupo focal e validação com os participantes.

II Relatório de Campo

Introdução

O presente relatório de campo foi elaborado como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências, para ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sendo relacionado à pesquisa: Indicadores de qualidade: ferramentas do enfermeiro-líder para o gerenciamento do cuidado.

O projeto de pesquisa que orientou a realização deste estudo foi elaborado no período compreendido entre abril de 2015 até a qualificação, que ocorreu em 17 de dezembro de 2015, sendo reajustado, a fim de atender às sugestões da banca de qualificação.

O estudo teve como questão norteadora — Qual o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade, como ferramentas do gerenciamento do cuidado? Para responder a esta questão, traçou-se como objetivo geral — Conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade, como ferramentas para o gerenciamento do cuidado.

Caracteriza-se por ser um estudo qualitativo, com as informações coletadas por intermédio de entrevista semiestruturada e técnica de Grupo Focal.

Para a análise dos dados elucidados, durante as entrevistas semiestruturadas e o grupo focal, foi utilizada a proposta operativa de Minayo (2010), que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro, inclui determinações fundamentais do estudo e é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo, denomina-se de interpretativo e nele consiste o ponto de partida e o ponto de chegada da investigação, demonstrando o encontro com os fatos empíricos.

Na fase interpretativa, tem-se duas etapas, a saber:

- ordenação dos dados: etapa que engloba a transcrição dos dados obtidos por meio das técnicas de coletas de dados, releitura do material e organização dos relatos em determinada ordem;
- classificação dos dados: constituída pelas seguintes etapas:
 - < leitura horizontal e exaustiva dos textos: primeiro contato entre a pesquisadora e o material do campo, por meio de leituras flutuantes.

- < leitura transversal: nesta etapa foram separados os dados por temas, estabelecendo relações entre os mesmos. Aqui, o pesquisador separou as partes semelhantes, buscando perceber as conexões entre elas.
- < análise final: nesta etapa foram confrontados os dados obtidos com o referencial teórico adotado no estudo;
- < relatório: apresentação dos resultados da pesquisa na forma de manuscritos.

Estratégia metodológica: a coleta de dados

A coleta de dados do presente estudo foi desenvolvida em um hospital filantrópico, sem fins lucrativos, que atende a mais de 60% dos pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS); está localizado na região nordeste do Rio Grande do Sul. Instituição acreditada nível II, que cumpre integralmente os requisitos dos níveis 1 e 2, conforme manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014). Dispõe de 293 leitos e é de caráter geral, com atendimento de diversas especialidades, sendo referência para a urgência, emergência e alta complexidade para uma população de cerca de um milhão de pessoas (HOSPITAL NOSSA SENHORA DE POMPEIA, 2009).

A instituição tem 1.334 colaboradores distribuídos nas áreas de enfermagem, nutrição, higienização, hotelaria e administrativa, além do corpo clínico aberto formado por 400 médicos especialistas. Já a equipe de enfermagem da organização é formada por 106 enfermeiros e 465 técnicos de enfermagem, que atuam na assistência ao paciente nos turnos: manhã, tarde e noite.

No projeto de pesquisa, optou-se por convidar a participar do estudo enfermeiros-líderes, que atuavam em Unidades Assistenciais abertas, que atendem em sua maioria aos pacientes do SUS. A escolha pelas referidas unidades assistenciais ocorreu com base na seguinte justificativa: unidades nas quais os enfermeiros-líderes já utilizavam os indicadores no seu processo de trabalho, há mais de sete anos; participam de um grupo de indicadores da instituição e por existir uma relação de proximidade da pesquisadora tanto com o cenário, quanto com a equipe de enfermeiros.

A instituição conta com sete Unidades Assistenciais abertas, com quatro enfermeiros em cada uma, com exceção de uma unidade que conta com cinco

enfermeiros, totalizando 29 enfermeiros-líderes. No entanto, foram convidados 12 enfermeiros-líderes por conveniência para o presente estudo, obedecendo aos critérios de inclusão. Este número de participantes se deu devido à necessidade de adequação a uma das técnicas de coleta de dados, o grupo focal, que sugere que o número de participantes esteja situado entre seis e quinze (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Primeiramente, procedeu-se com os trâmites para a obtenção da respectiva Carta de Anuência, ajustes no Projeto de Dissertação, conforme sugestões da banca e posterior submissão à Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa e recebimento da aprovação do mesmo. Este foi um dos momentos mais complicados e desgastantes da elaboração deste estudo. O projeto de pesquisa precisou passar por dois comitês de ética, sendo da instituição proponente (UFPel) e coparticipante (Hospital Pompéia), como uma exigência da instituição do estudo. O projeto foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob o Parecer 1.405.172 e pelo CEP do Hospital Pompéia, sob Parecer 1.428.948.

Após, os participantes foram convidados a participar da pesquisa, destacando o caráter não obrigatório e os procedimentos utilizados. Aos participantes, que aceitaram participar da pesquisa, foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e explicado acerca do anonimato dos participantes; sua identificação será preservada, e podiam interromper sua participação a qualquer momento. Também foi explicado que os dados da pesquisa irão servir apenas para o meio acadêmico e científico e em nenhum momento os participantes serão identificados por outras pessoas, além da pesquisadora. A coleta de dados se desenvolveu no período de março a maio de 2016, em sala reservada, no cenário do estudo. Foram utilizadas para a coleta de dados a entrevista semiestruturada e a técnica de grupo focal.

A coleta de dados iniciou-se pelas entrevistas e, depois de concluída, os enfermeiros-líderes foram convidados a participar de dois encontros de grupo focal, encerrando assim a coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas em áudio, seguindo um formulário semiestruturado, contendo as questões norteadoras. Posteriormente, as informações coletadas durante as entrevistas foram transcritas, visando à veracidade dos dados. A narrativa dos participantes da entrevista semiestruturada

foi transcrita por completo e analisada uma a uma. Os depoimentos de cada participante foram identificados pelas letras E (Enfermeiro) e o número ordinal correspondente à sequência das entrevistas.

Após as entrevistas, foram realizados os encontros de grupo focal, considerados uma técnica de coleta de dados específica das pesquisas qualitativas, por proporcionar a interação grupal para a produção de dados. Sendo assim, o grupo focal teve como objetivo estimular a reflexão e promover a discussão sobre os indicadores de qualidade, bem como proporcionar o debate coletivo acerca da utilização dos indicadores, como ferramentas do processo de trabalho para o gerenciamento do cuidado.

Para facilitar o desenvolvimento do trabalho do grupo focal, as discussões foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Os depoimentos advindos do grupo foram identificados com as letras GF, mais o número ordinal representando cada enfermeiro (GF1, GF2...).

No primeiro encontro do grupo focal, foram apresentados os dados emergidos das entrevistas realizadas com os participantes. No segundo encontro, foram apresentados os dados emergidos no primeiro grupo focal, a fim de realizar uma validação com os participantes.

A pesquisadora assumiu o papel de coordenadora (moderadora), no grupo focal com os enfermeiros-líderes. Este é significativo e relevante para o bom funcionamento do grupo e implica preparo e instrumentalização em todas as fases do processo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Sendo assim, a coordenadora é uma facilitadora do debate.

O observador também é uma figura importante para o êxito da técnica de grupo focal, e exige dele atenção constante e habilidade de análise e síntese. Para ser o observador do estudo, a pesquisadora contou com uma colega de trabalho do hospital, capacitada previamente para desenvolver tal função. Em sintonia com a coordenadora, a observadora pôde auxiliar na condução da sessão e, no final, pôde contribuir com seu parecer. Durante a sessão, controlou o tempo e encarregou-se de monitorar o equipamento de gravação. Também fez um breve registro em cada fala dos participantes, de modo a colaborar na transcrição, identificando os participantes. Como a observação é participante, o observador deve sentar em local não ao lado do coordenador, para evitar o reforço de posições de comando. No final de cada sessão do grupo focal, no primeiro ou segundo dia subsequente, é importante que o

coordenador e observador se reúnam para realizar um *feedback* sobre o que transcorreu no grupo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

A técnica de grupo focal foi uma experiência extremamente desafiadora e ao mesmo tempo gratificante, devido ser a primeira vez que houve contato com a técnica. Também favoreceu as discussões coletivas entre os enfermeiros-líderes e novos depoimentos acerca dos indicadores de qualidade.

Conhecendo os participantes da pesquisa

Os critérios de inclusão para os participantes da pesquisa foram: ser enfermeiro-líder que atue por, no mínimo, um ano na instituição e trabalhar nas Unidades Assistenciais abertas, visto que, ao ser admitido no hospital, o profissional permanece 90 dias em contrato de experiência e em capacitação.

Não foram incluídos, no estudo, enfermeiros-líderes que estivessem afastados por qualquer motivo (férias, licença-maternidade, licença-saúde), no momento da coleta de dados.

Considera-se importante apresentar o perfil dos participantes do estudo. As informações foram obtidas por meio de entrevista semiestruturada. Do total de 12 enfermeiros-líderes, todos são do sexo feminino, entre 26 e 50 anos, com dois a nove anos de formados e um ano e meio a 11 anos de atuação na instituição.

As entrevistas semiestruturadas

Durante as entrevistas com os enfermeiros-líderes, todos se mostraram abertos às perguntas, respondendo prontamente quando questionados.

No final das entrevistas, sempre existia um espaço para mais alguma colocação por parte dos enfermeiros-líderes, mas nenhum acrescentou algo pertinente à pesquisa.

Grupo Focal

Após as entrevistas semiestruturadas, os enfermeiros-líderes receberam um convite, com data, hora e local, para participarem dos dois encontros de grupo focal.

No entanto, nos dois encontros apareceram apenas sete enfermeiros-líderes, sendo os mesmos nos dois encontros, os demais: um havia sido desligado, um estava de atestado e os demais optaram por não participar.

O primeiro encontro de grupo focal

No primeiro encontro do grupo focal, foram apresentados os dados coletados das entrevistas semiestruturadas realizadas com os participantes, a partir de uma apresentação em *power-point*, a fim de validar os dados e, consecutivamente, os enfermeiros-líderes eram instigados a comentar acerca dos achados e também podiam complementar com novas considerações.

O encontro foi realizado em local reservado na instituição do estudo, conforme data e hora acordados com os participantes. Ao chegarem no local, encontraram as cadeiras dispostas em círculo, de maneira a propiciar a discussão coletiva. Foram dadas as boas vindas e explicado o objetivo do encontro do grupo. Os participantes: enfermeiros, aparentemente tímidos inicialmente, a partir da apresentação dos dados foram agindo com mais naturalidade.

O encontro teve a duração de uma hora e, para facilitar o desenvolvimento do trabalho do grupo focal, as discussões foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. Os depoimentos advindos do grupo foram identificados com as letras GF, mais o número ordinal representando cada enfermeiro (GF1, GF2...).

Entre as discussões do grupo sugeriram os seguintes discursos dos enfermeiros-líderes acerca do entendimento dos indicadores de qualidade:

Se não trabalhássemos com indicadores, não sei qual seria o propósito do nosso trabalho, daí íamos fazer só rotina e não iríamos saber o nosso resultado (GF01).

O indicador de qualidade vai mostrar os índices de infecção, quantitativo de quedas, nossas perdas de sondas, saber o quanto a gente atinge do que é esperado de quando o paciente entra aqui no hospital (GF02).

São dados que eu vou coletar, do trabalho que eu desenvolvi, que eu vou poder analisar se eu vou precisar melhorar naquele aspecto, manter ou modificar. É uma ferramenta que auxilia na melhoria assistencial (GF01).

Perante a utilização dos indicadores, no grupo focal, surgiram os seguintes relatos:

Eu utilizo os indicadores na prática assistencial para conhecer o perfil epidemiológico do setor, analisar as infecções, os eventos adversos. Então, no final do mês eu reúno a equipe e mostro os dados e traçamos planos de ações para melhorar o que ficou abaixo do esperado (GF 06).

Por exemplo: o índice de infecção dos pacientes a gente utiliza; sempre que a gente apresenta, a gente tenta fazer uma ação dentro do setor para tentar diminuir isso. [...] se os custos foram elevados e fora do esperado, a gente faz ações dentro do setor para tentar combater (GF4).

No que se refere às contribuições dos indicadores de qualidade, os enfermeiros-líderes relatam que:

No momento que eu sei que meu índice de infecção naquele mês, tipo eu tive três infecções este mês, eu vou descobrir a fonte e vou gerenciar de outra forma o controle de infecção. Onde ocorreu a falha: foi no cuidado direto ao paciente? Foi no preparo de alguma medicação? Foi em algum transporte que aconteceu a falha. Então sempre os indicadores me ajudam a gerenciar desta forma (GF03).

Através dos indicadores de qualidade, eu pude capacitar a minha equipe no que se refere à obstrução de sondas enterais; nós tínhamos muitas perdas e fizemos um treinamento e assim conseguimos melhorar o resultado do indicador e da assistência (GF03).

O gerenciamento do cuidado é entendido como:

Eu acredito que cada paciente tem a sua particularidade, alguns precisam de coisas que o outro não precisa. Têm pacientes que precisam mais de uma assistência social, como os que não têm familiar, outros precisam de uma assistência técnica mesmo, cada um com sua particularidade e a gente precisa identificar o tipo de cuidado que o paciente precisa (GF 04).

Entre as dificuldades encontradas com a utilização dos indicadores de qualidade:

Em relação às subnotificações, eu concordo que são subnotificados, por exemplo, os eventos-sentinela são subnotificados, registros do perfil epidemiológico, não conformidades (GF06).

Com certeza, existe falha na formação, não vimos como notificar e fazer um plano de ação, eu nunca tinha visto antes (GF04).

E também tem a questão da complexidade do paciente, eles estão internando, cada vez mais graves e dependentes, e isso exige um tempo mais de assistência. As equipes estão sobrecarregadas, falta profissional qualificado, estão entrando cada vez mais sem experiência. A rotatividade também é alta (GF03).

O dia a dia é corrido e nem sempre acontece como prevíamos e daí não conseguimos trabalhar com os indicadores (GF06).

Às vezes nos tornamos tarefeiros, mecanicistas; tu tens que fazer as prescrições, atender às intercorrências, visitar os pacientes [...] e tu acaba se envolvendo na rotina e esses processos como dos indicadores acaba ficando para depois (GF05).

Acredito que o maior problema é que sabemos o que precisa ser feito mas não fizemos, sabemos que precisamos passar para os outros turnos as informações, sabemos que precisamos nos comunicar e não nos comunicamos (GF02).

Não há uma construção coletiva (GF06).

As estratégias utilizadas pelos enfermeiros-líderes com os indicadores de qualidade:

Se tu vais desenvolver um plano e vai envolver as pessoas na construção, a equipe, todos vão te auxiliar para a busca daquele objetivo, e também os enfermeiros precisam falar a mesma língua; então eu acho que se fizermos o plano de ação em conjunto seria muito mais produtivo. A gente precisaria ter um momento para poder discutir o teu processo de trabalho, a assistência (GF01).

Como que tu consegue trabalhar com o técnico: quando tu teve, lá no final de mês, cinco perdas de sonda nasoentérica e três foram por obstrução, aí tu consegue trabalhar com a equipe. Daí a gente fala para eles: gente, vocês não estão lavando a sonda, por isso estão obstruindo, isso é concreto daí tu consegue sinalizar para eles, mas o que não é concreto e tu não tem um exemplo claro eles não entendem (GF02).

Eu acho que a gente tem que tirar essa ideia de punitivo e partir para o educativo. Uma coisa bem legal que eu tenho visto, por exemplo, quando um funcionário aplica uma medicação errada, um tempo atrás tínhamos que advertir, só que temos que pensar que não foi o funcionário, tem uma cascata de coisas por trás do erro, nós temos que parar com essa coisa de punir as pessoas pelos erros e sermos educativos (GF03).

Nota-se que assim como os enfermeiros-líderes reiteraram as falas das entrevistas semiestruturadas, também surgiram novas percepções, agregando ao trabalho diferentes visões perante os indicadores de qualidade.

O segundo encontro de grupo focal

No segundo encontro, foram apresentados os dados coletados no primeiro grupo focal, a fim de realizar uma validação com os participantes.

O encontro foi realizado no mesmo local do primeiro, conforme data e hora acordados com os participantes, uma semana após o primeiro. Ao chegarem no local, encontram as cadeiras dispostas em círculo, de maneira a propiciar a discussão coletiva.

O encontro teve a duração de uma hora e, para facilitar o desenvolvimento do trabalho do grupo focal, as discussões também foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Neste encontro participaram os mesmos sete enfermeiros-líderes do primeiro encontro de grupo focal.

A observadora participante, que acompanhou a atividade, avaliou que, neste segundo encontro, o grupo estava mais leve e as discussões fluíram de forma mais suave e natural.

Com o final do segundo encontro, os enfermeiros-líderes validaram os achados do primeiro grupo apresentados pela pesquisadora.

Considerações finais sobre a coleta de dados

De forma geral, as discussões nos grupos focais foram muito proveitosas e satisfatórias. Foram alcançados todos os objetivos propostos no estudo.

Um dos fatores a considerar foi o número de participantes: nas entrevistas semiestruturadas, participaram doze enfermeiros-líderes, já nos encontros de grupo focal participaram apenas sete enfermeiros-líderes.

Com os encontros de grupo focal, além da validação dos dados surgiram novas percepções, agregando valor à técnica utilizada e ao trabalho final.

Referências

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n.1, p. 5-25, jan. 1999. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4218/2228>> . Acesso em: 27 set. 2015.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE POMPÉIA. **Regulamento Interno e Manual de Integração**. Caxias do Sul, 2009.

LEOPARDI, M.T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Ucitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2014.

III Apresentação dos Resultados e Discussão da Pesquisa: Produção Científica

Manuscrito 1

INDICADORES DE QUALIDADE COMO FERRAMENTAS PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO⁹

RESUMO. **Objetivo:** conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca dos indicadores de qualidade, assim como sua utilização na prática assistencial e contribuições para o gerenciamento do cuidado. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, realizado com 12 enfermeiros-líderes de um hospital filantrópico, no Sul do Brasil, no período de março a maio de 2016. Para a coleta dos dados, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas e grupo focal. As informações foram analisadas conforme a análise de conteúdo. **Resultados:** verificou-se que os indicadores de qualidade são entendidos como uma ferramenta de mensuração do resultado assistencial, promovem a melhoria contínua da assistência e auxiliam na tomada de decisão clínica da equipe. Ainda, os indicadores de qualidade estão presentes nas discussões com a equipe de enfermagem, por meio de análise crítica e construção de planos de ação. Quanto às contribuições, por meio dos indicadores, os profissionais conhecem o perfil de pacientes, planejando de modo singular o cuidado. **Conclusão:** os indicadores de qualidade subsidiam melhorias na qualidade dos serviços de saúde e no trabalho da enfermagem, assim como fortalecem as políticas públicas de saúde.

DESCRIPTORIOS: indicadores de qualidade em assistência à saúde; qualidade da assistência à saúde; liderança; enfermagem.

⁹ Este manuscrito está nas normas da *Revista da Escola de Enfermagem da USP*.

QUALITY INDICATORS AS A TOOL FOR MANAGEMENT CARE

ABSTRACT: **objective:** to know the understanding of nursing-leaders on quality indicators, as well its utilization during care and contributions to care management. **Method:** it is a qualitative and descriptive study, which was carried out with 12 nursing-leaders from a philanthropic hospital in the south of Brazil from March to May 2016. For data collection, semistructured interviews and focal group were used. The information was analyzed accordingly to content analysis. **Results:** quality indicators are understood as a tool for measurement of assistance results, promote continuous improvement and help the team during the clinical decision-making. Still, quality indicators are present in the discussions within the nursing team through critical analysis and forming of action plans. In what concerns contributions, through indicators, the professional know patients' profile, and from that, they plan an individualized type of care. **Conclusion:** quality indications subsidize improvements in the health services and in the nursing work, as well fornicate public health policies.

DESCRIPTORS: quality indicators, health care; quality of health care; health management; leadership; nursing.

INTRODUÇÃO

A qualidade na assistência tem sido discutida no âmbito hospitalar e trata-se de uma questão complexa devendo ser prioridade para as instituições e profissionais de saúde. Dentre estes, destacam-se os profissionais de enfermagem, que têm responsabilidade fundamental nos serviços de saúde, por estarem 24 horas no cuidado direto ao indivíduo enfermo, tendo como foco a assistência individualizada, de qualidade e segurança do paciente.^{1,2}

A avaliação de serviços de saúde é necessária como elemento cotidiano do trabalho em saúde, para permitir a identificação de fragilidades e a visualização de oportunidades de melhoria.³ No entanto, as ações de cuidado da equipe de enfermagem precisam ser medidas, com o intuito de serem acompanhados seus resultados. Nesse sentido, os indicadores de qualidade podem ser um meio de fazer essa mensuração e avaliação das ações.

Os indicadores de qualidade podem ser considerados instrumentos de gestão que se constituem uma maneira de os profissionais de saúde medirem uma atividade e possibilitam monitorar aspectos relacionados a uma determinada realidade e avaliar os eventos que acontecem aos pacientes, apontando processos e resultados organizacionais e objetivando a excelência do cuidado.^{4,3}

No cenário internacional, a utilização dos indicadores tornou-se prática padrão nos últimos anos, para medir o desempenho e a performance hospitalar.⁵⁻⁷ Em um estudo realizado na Holanda, verificou-se a associação estatística entre o processo de prevenção de úlcera por pressão e a ocorrência de lesão de pele. A prevalência de úlcera por pressão está relacionada à qualidade do atendimento e medir este indicador de processo poderá fornecer informações para mudanças futuras.⁵

No âmbito nacional, estudos sobre a avaliação da assistência trazem que há entendimento por parte dos enfermeiros sobre a importância da utilização dos indicadores de qualidade, para avaliar o desempenho do trabalho da enfermagem e que estes devem ser instrumentos gerenciais para os profissionais da saúde, visando à melhoria da assistência prestada. Ao mesmo tempo, os indicadores consistem em uma forma de compreender a qualidade desse cuidado e, ainda, os profissionais enfermeiros consideram importantes para o gerenciamento do cuidado

e, quando este está fundamentado em avaliações por indicadores, pode subsidiar a qualidade dos serviços.^{4,2,8,9}

Neste sentido, o enfermeiro-líder pode contribuir com o resultado do cuidado, uma vez que o exercício da liderança está diretamente relacionado à busca pela qualidade assistencial. Cabe mencionar que o mercado de trabalho exige do enfermeiro-líder o seu aperfeiçoamento na utilização de instrumentos de gestão, como os indicadores de qualidade, visto que a liderança tem papel fundamental na gestão hospitalar. Na prática clínica, o enfermeiro-líder tem a responsabilidade de reduzir riscos e danos, incorporar boas práticas e fazer uso de indicadores de qualidade, por meio de um sistema de registro, a fim de favorecer a efetividade, o gerenciamento da assistência e a mudança de cultura organizacional,¹⁰ alinhado com as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, enquanto coordenador da equipe de enfermagem, o enfermeiro-líder ocupa uma posição favorável para o exercício da liderança, estimulando seus integrantes ao planejamento das ações assistenciais, com vistas a protagonizar excelência na gestão da qualidade do cuidado prestado.¹¹

Complementa-se ainda que, no ambiente hospitalar, tem-se a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, instituída em 2013, que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹² e que deve servir de subsídio às melhorias no cuidado em saúde nas instituições.

A gestão hospitalar precisa estar articulada com estratégias para o monitoramento e a avaliação dos compromissos e das metas pactuados na contratualização governamental; além disso, é necessário avaliar a qualidade das ações e dos serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, subsidiando o processo de planejamento e a gestão do cuidado nos resultados da avaliação dos indicadores.¹² Com isso, os hospitais podem utilizar-se de indicadores para auxiliar no fortalecimento da PNHOSP, primando por um cuidado baseado em evidências da prática.

Diante dessas considerações, este estudo teve como objetivo conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca dos indicadores de qualidade, assim como sua utilização na prática assistencial e suas contribuições para o gerenciamento do cuidado.

Aposta-se que os resultados desta pesquisa possam oferecer subsídios para a reflexão acerca de como vem sendo utilizados os indicadores de qualidade na prática assistencial, com vistas ao fortalecimento das diretrizes e dos princípios do SUS na rede hospitalar.

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um hospital filantrópico da região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, que possui 293 leitos de caráter geral, atende todas as especialidades, sendo referência para a urgência, emergência e alta complexidade para cerca de um milhão de pessoas.

A instituição conta com sete Unidades Assistenciais abertas, totalizando 29 enfermeiros-líderes. No entanto, a amostragem foi por conveniência em que se convidou 12 enfermeiros-líderes, por integrarem um grupo de estudos acerca dos indicadores de qualidade do hospital já mencionado. Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro; estar atuando por, no mínimo, um ano na instituição; trabalhar nas Unidades Assistenciais abertas e compor o grupo de estudo sobre indicadores de qualidade. Não foram incluídos, no estudo, enfermeiros que estavam afastados por algum dos motivos: férias, licença maternidade, licença-saúde.

A coleta de dados ocorreu de março a maio de 2016, por meio das técnicas de entrevista semiestruturada e grupo focal. Iniciou-se pelas entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. A duração das entrevistas foi em média de 30 minutos, realizadas em ambiente reservado no local do estudo. Os depoimentos de cada participante foram identificados pela letra E (Enfermeiro) e o número ordinal correspondente à sequência em que as entrevistas foram realizadas.

Ao findar as entrevistas semiestruturadas, passou-se a técnica de grupo focal, desta forma, os enfermeiros participaram de dois encontros, em local reservado da instituição e para facilitar o desenvolvimento do trabalho, as discussões foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. No entanto, os encontros de grupo focal contaram com sete enfermeiros. Os objetivos dos dois encontros do grupo focal foram apresentar os dados emergidos das entrevistas, a fim de realizar uma validação com os participantes, e verificar o surgimento de novas

percepções acerca do tema. Os encontros tiveram duração de uma hora e contaram com a coordenadora do grupo e também com uma observadora. No final de cada encontro, a coordenadora e a observadora se reuniram, com vistas a realizar um *feedback* sobre o que transcorreu no grupo. Os depoimentos advindos do grupo foram identificados com as letras GF, mais o número ordinal representando cada enfermeiro (GF1, GF2...).

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática, sendo estruturado e organizado em dois momentos. Inicialmente, realizou-se a fase exploratória de investigação, constituindo o marco-teórico fundamental. Após, foi realizado o momento interpretativo, no qual se utilizou dos relatos dos participantes para dar sentido, lógica e projeção, buscando a compreensão e agregação das respostas. Na sequência, realizou-se a ordenação dos dados que englobaram a transcrição do material obtido por meio das entrevistas, do grupo focal e da releitura do material. Em seguida, iniciou-se a classificação dos dados, por meio da leitura horizontal e exaustiva dos textos, permitindo apreender as estruturas de relevância e as ideias centrais. Na leitura transversal, foram separados os dados por unidades de sentido. No processo classificatório, identificou-se as categorias, juntando as partes semelhantes, buscando perceber as conexões entre elas e guardando-as em códigos.¹³ Na análise final, os dados foram confrontados com a literatura e com a PNHOSP.

O desenvolvimento do estudo atendeu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos e teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob o protocolo 1.405.172.

RESULTADOS

O perfil dos 12 enfermeiros-líderes foi do sexo feminino, entre 26 e 50 anos, com dois a nove anos de formados e um ano e meio a 11 anos de atuação na instituição.

A leitura, organização e subsequente classificação dos dados resultaram em três categorias: entendimento dos enfermeiros-líderes acerca dos indicadores de qualidade; utilização dos indicadores de qualidade, no ambiente hospitalar, e contribuições dos indicadores de qualidade para o gerenciamento do cuidado.

Entendimento dos enfermeiros-líderes acerca dos indicadores de qualidade

A primeira categoria apresenta o entendimento dos participantes acerca dos indicadores de qualidade. Nas entrevistas e nas discussões do grupo focal os indicadores de qualidade foram apontados como valores mensurados mensalmente, que mostram o resultado do trabalho assistencial, além de auxiliar o enfermeiro-líder no conhecimento do paciente que está sendo cuidado e ainda é possível identificar se os objetivos do atendimento estão sendo atingidos. Alguns depoimentos demonstram esse entendimento:

Indicadores são valores para a gente mensurar, para saber como está o nosso resultado naquele mês. O resultado do nosso trabalho é avaliado através dos indicadores (E2).

Os indicadores mostram os dados que trabalhamos naquele mês, quais foram os nossos acertos e quais foram os nossos erros (E8).

Se não trabalhássemos com indicadores, não sei qual seria o propósito do nosso trabalho, daí íamos fazer só rotina e não iríamos saber o nosso resultado (GF01).

Hoje vejo que com os indicadores tenho mais propriedade do paciente que estamos cuidando, propriedade do que estamos fazendo e do resultado que estamos chegando, do público que estamos atendendo (E3).

O indicador de qualidade vai mostrar os índices de infecção, quantitativo de quedas, nossas perdas de sondas, saber o quanto a gente atinge do que é esperado de quando o paciente entra aqui no hospital. (GF02).

Mostram se o paciente está sendo bem-atendido, se nós estamos atingindo o objetivo enquanto instituição do cuidado deste paciente (E3).

Ainda foi mencionado nos depoimentos dos enfermeiros-líderes que o indicador de qualidade é uma ferramenta de melhoria do cuidado e que pode auxiliar na tomada de decisão clínica, no que tange à assistência ao paciente, conforme relatado a seguir:

São dados que eu vou coletar, do trabalho que eu desenvolvi, que eu vou poder analisar se eu vou precisar melhorar naquele aspecto, manter ou modificar. É uma ferramenta que auxilia na melhoria assistencial (GF01).

Nos mostra como a gente trabalhou aquele mês e o que a gente pode estar melhorando, os indicadores nos mostram o que estamos fazendo; é a forma de mostrar como a gente está atuando, como a gente está praticando a nossa assistência (E10).

Eu acredito que os indicadores de qualidade são importantes para mensurar e avaliar o que está certo e o que não está certo nas unidades, até para que possamos tomar algumas decisões, principalmente, medidas de precaução relacionadas à infecção (E4).

Percebe-se que os depoimentos emergidos nas entrevistas e no grupo focal convergem quanto ao entendimento dos indicadores de qualidade, o que reforça o conceito como uma ferramenta de gestão para avaliar a qualidade da assistência e, se necessário, modificá-la conforme as metas a serem alcançadas.

Utilização dos indicadores de qualidade no ambiente hospitalar

Essa categoria abordou como os enfermeiros-líderes vêm utilizando os indicadores de qualidade no contexto hospitalar. A maioria dos participantes trabalha com os indicadores de qualidade de maneira retrospectiva. No final do mês, há uma análise crítica dos resultados e é traçado um plano de ação com a equipe de enfermagem para os indicadores que não atingiram a meta proposta.

Recolhemos os dados, analisamos, apresentamos e tentamos fazer um plano de ação para tentar corrigir essas deficiências (E1).

A gente tem uma meta; então, quando a meta não é atingida, precisamos rever o processo e tentar discutir com a equipe porque aquilo aconteceu e tentar colocar algum plano de ação (E6).

De acordo com os índices, nós trabalhamos com os colaboradores, tentando melhorar esses indicadores, mostrando a necessidade do que eles estão indicando, para que a assistência melhore de maneira geral (E3).

Eu utilizo os indicadores na prática assistencial para conhecer o perfil epidemiológico do setor, analisar as infecções, os eventos adversos. Então, no final do mês eu reúno a equipe e mostro os dados e traçamos planos de ações para melhorar o que ficou abaixo do esperado (GF 06).

Ao exercer a liderança, o enfermeiro pode transformar a assistência e torná-la dinâmica, unir a equipe para um objetivo comum e proporcionar melhores resultados ao analisar a sua prática, a partir dos indicadores de qualidade, que auxiliam para a qualidade e segurança na assistência, assim como para a gestão da clínica e para o gerenciamento dos custos hospitalares, como pode ser visto nas falas a seguir:

Nós tínhamos um grande número de perda de sonda, por má-fixação. Aí a gente foi ver e cuidar e viu que o técnico não cuidava; a fixação ficava três dias sem ser trocada. [...] a gente começou olhar mais o paciente e cobrar do técnico, vamos trocar! (E12).

Por exemplo: o índice de infecção dos pacientes a gente utiliza, sempre que a gente apresenta, a gente tenta fazer uma ação dentro do setor para tentar diminuir isso. [...] se os custos foram elevados e fora do esperado, a gente faz ações dentro do setor para tentar combater (GF4).

Ao conscientizar a equipe de enfermagem acerca da importância dos indicadores de qualidade para a assistência do paciente, ela entende seu papel dentro da gestão do cuidado. As equipes não podem trabalhar apenas porque são cobradas pela instituição por melhores indicadores, mas precisam entender o diferencial de seu trabalho para o paciente.

Contribuições dos indicadores de qualidade para o gerenciamento do cuidado

Quanto aos indicadores de qualidade para o gerenciamento do cuidado, os enfermeiros-líderes referiram que os mesmos auxiliam no entendimento do processo de trabalho, fazendo o enfermeiro pensar e entender a assistência.

E hoje eu acredito que os indicadores são muito importantes porque a gente não está aqui para fazer, fazer, fazer [...]; então o indicador faz a gente pensar e entender o processo de trabalho, onde queremos chegar e por que temos que fazer. E hoje eu percebo isso com mais clareza, e o indicador serve para não sermos apenas tarefeiros, para a gente entender o que estamos fazendo e o resultado do que estamos fazendo (E2).

No momento que eu sei que meu índice de infecção naquele mês, tipo eu tive três infecções este mês, eu vou descobrir a fonte e vou gerenciar de outra forma o controle de infecção. Onde ocorreu a falha: foi no cuidado direto ao paciente? Foi no preparo de alguma medicação? Foi em algum transporte que aconteceu a falha. Então sempre os indicadores me ajudam a gerenciar desta forma (GF03).

Ainda, mencionaram que os indicadores promovem uma direção ao cuidado, assim como fomentam melhorias no gerenciamento do cuidado, devido caracterizarem o perfil do paciente e suas necessidades.

Eu acho que os indicadores nos dão uma direção para o nosso cuidado, conseguimos ver quem dos pacientes tem risco de aspiração, risco de infecção, risco de queda (E5).

Através dos indicadores de qualidade, eu pude capacitar a minha equipe no que se refere à obstrução de sondas enterais; nós tínhamos muitas perdas e fizemos um treinamento e assim conseguimos melhorar o resultado do indicador e da assistência (GF03).

Os participantes consideram o gerenciamento do cuidado como planejar e organizar o cuidado à pessoa enferma, assim como olhar o paciente de forma singular.

É fazer um planejamento do cuidado, tu planejar o cuidado do teu paciente, ver ele como um todo, avaliando o que ele precisa em termos de prevenção e cuidados do quadro que ele está apresentando, se ele é clínico, cirúrgico, enfim. Quando eu falo ver o paciente como um todo eu me refiro a ver ele na sua totalidade, ver ele como uma pessoa que tinha vida social, que está dependendo dos teus cuidados e um paciente que vai embora dali (E11).

Eu acredito que cada paciente tem a sua particularidade, alguns precisam de coisas que o outro não precisa. Têm pacientes que precisam mais de uma assistência social, como os que não têm familiar, outros precisam de uma assistência técnica mesmo, cada um com sua particularidade e a gente precisa identificar o tipo de cuidado que o paciente precisa (GF 04).

Nota-se que o gerenciamento do cuidado promove o planejamento do cuidado individualizado, de acordo com o paciente e suas necessidades apresentadas.

DISCUSSÃO

Os indicadores de qualidade são entendidos como uma ferramenta indispensável para o gerenciamento do cuidado no ambiente hospitalar. Os valores mensurados demonstram o resultado da assistência e se os mesmos foram atingidos; auxiliam no conhecimento acerca dos pacientes atendidos, assim como podem promover melhorias na assistência, no que tange ao cuidado centrado no paciente e auxiliam na tomada de decisão do enfermeiro-líder.

Esse resultado vai ao encontro do que é preconizado pela PNHOSP, tendo em vista que o modelo de atenção hospitalar deve contemplar um conjunto de dispositivos de cuidado, que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente, primando por intervenções seguras e resolutivas, evitando atos inseguros relacionados ao cuidado à saúde.¹²

Esta percepção dos participantes converge, ainda, com dados de um estudo chinês, o qual aponta os indicadores de qualidade como base para a gestão e o monitoramento da qualidade do cuidado da enfermagem.¹⁴ Sabe-se que avaliar a qualidade do cuidado é essencial; sendo assim, os indicadores são entendidos como instrumentos necessários para avaliar a assistência de enfermagem, e mensurar a qualidade, uma vez que permitem a identificação de falhas no processo de trabalho, sendo o primeiro passo para o estabelecimento de padrões de excelência e melhoria contínua da assistência.¹⁵

Neste ínterim, cabe destacar uma pesquisa que abordou o indicador de qualidade relacionado à infecção do trato urinário, devido ao uso de sonda vesical de demora, que permitiu, a partir de sua mensuração, a identificação de falhas assistenciais modificáveis para a prevenção de infecção do trato urinário, culminando com que medidas preventivas para diminuir sua ocorrência fossem adotadas.¹⁶ Esses resultados vão ao encontro do presente estudo, visto que os enfermeiros-líderes também relataram que os indicadores de qualidade são ferramentas de melhorias; assim seus resultados podem promover mudanças nas práticas diárias da enfermagem.

Outro estudo sobre incidência de úlceras por pressão mostrou que sua análise e seu acompanhamento podem possibilitar a identificação dos locais de maior ocorrência na instituição, pacientes com risco, fatores relacionados e oportunidade de melhorias.¹⁷ Os indicadores de qualidade na prática assistencial podem auxiliar na tomada de decisão clínica dos enfermeiros-líderes, como foi visto nos depoimentos, devido proporcionarem uma visão ampla do tipo de paciente que se está cuidando e suas devidas necessidades em saúde.

A avaliação da assistência, por meio dos indicadores de qualidade, é útil para o diagnóstico, a definição de índice de conformidade, definição de metas e planejamento de atividades.¹⁶ Em um estudo sobre os resultados de indicadores assistenciais antes e após a adequação do quantitativo de pessoal, mostra-se que houve melhora no que tange aos indicadores de queda, infecção de trato urinário e

úlceras.¹⁸ Os indicadores devem ser uma ferramenta utilizada para comparar resultados e promover modificações, visto que retrata uma evidência dos resultados assistenciais. No entanto, é importante a compreensão dos trabalhadores acerca dos indicadores de qualidade; sem a adesão dos mesmos, corre-se o risco de só se preencher as informações, registrar e, posteriormente, não haver análise. Ainda, é necessário que os gestores hospitalares ofereçam condições para que as equipes avancem nas melhorias dos resultados dos indicadores, pois, sem condições de pessoal, estrutura e insumos, os trabalhadores podem perceber um cenário de barreiras e não de possibilidades de melhorias do cuidado, podendo incidir em desmotivação das equipes para análise dos resultados dos indicadores.

Além disso, na perspectiva proposta pela PNHOSP, cabe às instituições hospitalares a garantia do acesso, da equidade e integralidade na atenção hospitalar; a continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da rede de saúde; o modelo centrado no cuidado ao paciente de forma multiprofissional e interdisciplinar; a atenção humanizada; a gestão de tecnologia, qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente; a participação e o controle social; o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados.¹² Destaca-se que as instituições hospitalares apresentam um papel importante na sociedade, no que se refere à saúde e precisam preocupar-se constantemente com o planejamento da gestão hospitalar, para que suas diretrizes sejam reafirmadas e alcançadas; assim, os indicadores de qualidade podem ser uma proposta de avaliação da qualidade assistencial.

Quanto à utilização dos indicadores de qualidade na prática assistencial, os participantes do estudo relataram que essa vem sendo uma prática muito comum entre os enfermeiros da instituição, analisados retrospectivamente com a equipe de enfermagem e que repercute no conhecimento do perfil epidemiológico do setor, e na confecção de planos de ações para os indicadores que não alcançaram as metas propostas. Em contra-partida, os enfermeiros-líderes não referiram nada acerca da efetividade dos planos de ações, o quanto são efetivos para a resolução de problemas ou não conformidades da assistência, a partir da análise de seus indicadores e também discutem os indicadores apenas com a equipe de enfermagem. Sugere-se que seja repensada a maneira como hoje vem sendo vistos os indicadores de qualidade, envolvendo a equipe multidisciplinar e discutindo os

resultados, com vistas à efetividade do cuidado prestado pela equipe de saúde como um todo.

Complementa-se que os hospitais que prestam assistência, no âmbito do SUS, devem ter sua missão e seu perfil assistencial definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho das redes de atenção à saúde (RAS) regionais, vinculados a uma população de referência, com base territorial definida, acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea, além de garantir a resolutividade da atenção.¹² O delineamento do perfil epidemiológico da instituição, com base em seus indicadores, a construção de fluxos de referência e contrarreferência, culminam com uma assistência de qualidade e a garantia da continuidade do cuidado integral ao paciente.

Os achados do presente estudo convergem com outra pesquisa, em que os enfermeiros-líderes trabalham com os indicadores; detêm o conhecimento acerca dos mesmos, assim como sabem que são instrumentos que possibilitam a melhoria da prática assistencial. Entretanto, não conseguiram incorporar todas as fases do gerenciamento dos indicadores, como interpretação dos dados, análise e plano de ação, ficando muitas vezes sem saber o que fazer com os números. Ainda, ressalta-se que o alcance da qualidade pelos serviços de saúde precisa ser uma atitude coletiva e não uma política isolada a poucas equipes.¹⁵ Por este motivo, os líderes carecem de apoio da alta administração para trabalhar com os indicadores de qualidade e oportunidades de aprimorar seus conhecimentos na instituição.

Os serviços de saúde possuem um papel imprescindível na formação de seus líderes; como é visto na PNHOSP, os hospitais, além da assistência, constituem-se espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS.¹² Um estudo mostrou que a liderança de enfermeiros melhorou com a sua participação em programas de capacitação e, ainda, o desenvolvimento de habilidades clínicas nas lideranças favoreceram a interação com a equipe.¹⁹ A liderança é a competência gerencial mais requerida ao processo de trabalho do enfermeiro, nas organizações hospitalares, sendo assim requer aperfeiçoamento, para atender a essa demanda.²⁰

A educação permanente pode ser uma estratégia, defendida na PNHOSP, como um programa que deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes dos hospitais, baseado no aprendizado em serviço, e no qual o aprender e ensinar

se incorporam ao cotidiano dos hospitais e das equipes.¹² Ressalta-se a importância de ampliar a cultura de qualidade nos serviços de enfermagem e saúde, capacitando enfermeiros e demais profissionais da saúde para o desenvolvimento e a análise de indicadores e ainda possibilitar uma reflexão sobre a assistência de forma dinâmica, objetivando a excelência do cuidado.⁴

A liderança clínica é uma ferramenta fundamental para o resultado dos pacientes; assim o enfermeiro, ao buscar melhorias para a clínica do doente, contribui com os resultados gerenciais.²¹ Esse conceito vai ao encontro dos depoimentos dos enfermeiros-líderes, ao relatarem que utilizam os indicadores para conhecer o perfil epidemiológico do setor, analisar infecções, eventos-sentinelas e gestão de custos para então traçar melhorias com a equipe, no que concerne à gestão da clínica.

Por gestão da clínica, conforme a PNHOSP, entende-se práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos pacientes, por meio da gestão de leitos, corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais.¹²

O trabalho em equipe também tem refletido, positivamente, na segurança do paciente e na prestação de cuidados eficazes, além de favorecer a tomada de decisões com melhor qualidade e também possibilita a resolução de problemas efetivamente.²² O modelo de atenção centrado no paciente, de forma multiprofissional e interdisciplinar, faz parte das diretrizes da PNHOSP.¹² Cabe ressaltar que os indicadores não devem ser utilizados pela equipe apenas por serem cobrados por melhores resultados na assistência, mas é preciso que sejam utilizados indicadores devido a sua importância diária para o cuidado qualificado do paciente.

Os indicadores de qualidade estão sendo amplamente utilizados na área da saúde para medir, avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados, prática que é reforçada pela PNHOSP, que traz em sua composição que a assistência hospitalar no SUS precisa ser organizada, a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir atendimento aos pacientes, e a equipe multiprofissional deverá ser a estrutura nuclear dos serviços de saúde, além de precisar compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os pacientes.¹²

Na instituição do estudo, os indicadores são utilizados há quase dez anos, ferramenta que apresenta uma linha histórica de registros, a partir de um sistema eletrônico de informação. Como foi visto nos depoimentos, é por meio dos indicadores de qualidade que os enfermeiros-líderes pensam e entendem o processo de trabalho, planejam e organizam o cuidado, assim como conhecem o perfil assistencial de pacientes que estão atendendo, a fim de que o cuidado prestado possa gerar repercussões benéficas e importantes no desfecho final do cuidado ao paciente.

Nessa perspectiva, o gerenciamento proativo em enfermagem revela-se importante fator estratégico ao desempenho organizacional, uma vez que os enfermeiros atuarão no controle ativo e preventivo de eventos adversos, que repercutem na qualidade da assistência do paciente.²³ A utilização dos indicadores pode ser uma ferramenta para o gerenciamento proativo do enfermeiro, podendo repercutir na qualidade do cuidado e na segurança do paciente.

Em um estudo realizado acerca da correlação entre o tempo de assistência de enfermagem e o indicador de extubação acidental, verificou-se que a incidência de extubação acidental diminui, à medida que aumenta o tempo de assistência de enfermagem; assim, os resultados mostram a influência do tempo de assistência de enfermagem no resultado do cuidado.²⁴ A utilização dos indicadores de qualidade também pode ser uma ferramenta de melhoria para o gerenciamento do cuidado, dado que vem ao encontro dos achados da pesquisa.

Ainda, em um estudo acerca das contribuições dos indicadores de qualidade para o gerenciamento da assistência de enfermagem, 79,9% dos enfermeiros consideram que o maior benefício dos indicadores é a identificação de necessidades de capacitação da equipe de enfermagem e 73,4% consideraram que os indicadores auxiliam no estabelecimento de metas para a melhoria da assistência de enfermagem.⁶ Olhar para os dados encontrados nos indicadores faz parte do gerenciamento do cuidado; assim, o enfermeiro-líder pode planejar, organizar ou reorganizar o cuidado, o que vai ao encontro dos dados encontrados na pesquisa. Ao serem questionados acerca da representatividade do gerenciamento do cuidado na assistência, os participantes referiram que o mesmo permite planejar e organizar o cuidado, assim como favorece um olhar singular ao paciente.

Sabe-se que o trabalho gerencial do enfermeiro é bastante valorizado, pois tem a finalidade de articular atividades gerenciais e assistenciais, criando

mecanismos para atender às necessidades de cuidado e melhorar as condições de vida dos pacientes, bem como para atender aos objetivos da instituição e da equipe de enfermagem, favorecendo a prática de gerenciamento do cuidado.²⁵ Desse modo, salienta-se a importância do exercício da liderança do enfermeiro, em nível hospitalar, sendo necessário refletir a prática do fazer enfermagem, buscando o aprimoramento da gestão do cuidado, com base em políticas públicas e visando à consolidação do SUS, no âmbito hospitalar.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca dos indicadores de qualidade, assim como sua utilização na prática assistencial e suas contribuições para o gerenciamento do cuidado, no âmbito hospitalar.

Os indicadores de qualidade são reconhecidos pelos enfermeiros-líderes como ferramentas de mensuração do resultado assistencial; favorecem conhecer os pacientes atendidos e revelam o alcance dos objetivos propostos, assim como auxiliam no processo de melhoria contínua do cuidado e tomada de decisão acerca das ações assistenciais.

Quanto à utilização, os indicadores de qualidade vêm sendo abordados pela equipe de enfermagem do hospital, mediante discussões e a construção de sua análise crítica e de seus planos de ações por meio da educação em serviço. No entanto, cabe mencionar que os indicadores de qualidade ainda não são analisados com os demais membros da equipe multidisciplinar e também não é medida a efetividade dos planos de ação, ou seja, o quanto seu planejamento e as mudanças de condutas perante os indicadores contribuíram com a melhoria do resultado. Sugere-se que essa aproximação, para a discussão dos dados dos indicadores, possa partir das coordenações de áreas, buscando o alcance de resultados positivos para a assistência, assim como capacitando a equipe quando o desempenho não estiver de acordo com o esperado. Também, é preciso ter em mente que a PNHOSP, enquanto política para o fortalecimento e a consolidação do SUS, defende o planejamento de estratégias com base em monitoramento e avaliação, que pode ser trabalhada a partir dos indicadores de qualidade do cuidado. Ainda, expõe-se a

necessidade do trabalho coletivo com a equipe multidisciplinar para um cuidado mais abrangente e de qualidade.

No que se refere às contribuições na utilização dos indicadores de qualidade, os participantes relatam que os mesmos auxiliam no entendimento do processo de trabalho, assim como proporcionam a direção e melhoria no gerenciamento do cuidado, no que tange ao olhar singular a cada paciente.

A presente pesquisa poderá contribuir com a instituição do estudo, visto que leva a uma reflexão acerca do entendimento, da utilização e das contribuições dos indicadores de qualidade, para a assistência ao paciente. Ainda, pode-se dizer que o estudo possibilita a equipe de saúde do hospital a repensar a sua maneira de trabalhar com os indicadores de qualidade, com vistas a uma discussão coletiva com a equipe multidisciplinar. No que se refere à assistência, o estudo mostrou a importância e o impacto no cuidado ao paciente, quando se trabalha com os indicadores de qualidade para outras instituições, que ainda não os utiliza ou estão iniciando esse processo.

Uma limitação do estudo a ser considerada refere-se à não possibilidade de generalização dos resultados, pois estão limitados às características de um contexto específico de um hospital; além disso são percepções de um grupo de enfermeiros-líderes de unidades assistenciais abertas. Sendo assim, sugere-se a realização de novos estudos em outras realidades. Por fim, ressalta-se que os resultados obtidos no estudo implicam o trabalho do enfermeiro, por reconhecer a importância dos indicadores, bem como aspectos que necessitam ser melhorados, com vistas a fortalecer sua adesão no ambiente hospitalar e, por consequência, o gerenciamento do cuidado.

REFERÊNCIAS

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Diário oficial da união, Brasília, 25 nov 2011; seção 1B.

- 2) Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Pádua RX, Vituri DW, Rossaneis MA. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. Ciências Biológicas e da Saúde 2013; 34(2):187-194.

- 3) Januário GC, Lemos SMA, Friche AAL, Alves CRL. Quality indicators in a newborn hearing screening servisse. Braz J Otorhinolaryngol 2015; 81(3):255-63.

- 4) Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLPS. Use of performance indicators in the nursing service of a public hospital. Rev Latino-Am. Enferm 2011; 19(5).

- 5) Van DishoeckAM, Looman CWN, Steyerberg EW, Halfens RJG, Mackenbach JP. Performance indicators; the association between the quality of preventive care and the prevalence of hospital-acquired skin lesions in adult hospital patients. Journal of Advanced Nursing 2016.

- 6) Van DishoeckAM, Looman CWN, Van Der Wilder-Van LEC, Mackenbach JP, Steyerberg EW. Displaying random variation in comparing hospital performance. BMJ Quality and Safety 2011b; 20(8): 651-7.

- 7) Van DishoeckAM, Lingsma HF, Mackenbach JP, Steyerberg EW. Random variation and rankability of hospitals using outcome indicators. BMJ Quality and Safety 2011a; 20(10): 869-74.

- 8) Rossaneis MA, Gabriel CS, Haddad MCL, Melo MRAC, Bernardes A. Indicadores de Qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. Cogitare Enferm 2015; 20(4): 798-804.

- 9) Cavalcante OS, Rossaneis MA, Haddad MCL, Gabriel CS. Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar. RevEnferm UERJ 2015; 23(6):787-93.

- 10) Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. Esc Anna Nery 2014;18(1):122-9.

- 11) Rabenschlag LA, Lima SBS, Eberhardt TD, Kessler M, Soares RSA, Vaghetti HH. Perception of nurses about the quality management in nursing care. RevEnferm UFPE online 2015; 9(11): 9656-62.

12) Brasil. Portaria 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à saúde (RAS). Brasília (DF): MS; 2013.

13) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo (SP): Ucitec; 2010.

14) Chen L, Huang LH, Xing MEU, Feng ZX, Shao LW, Zhang MY et al. Using the Delphi Method to develop nursing-sensitive quality indicators for the NICU. *Journal of Clinical Nursing*. *Journal of Clinical Nursing* 2016.

15) Silveira TVL, Júnior PPP, Siman AG, Amaro MOF. The importance of using quality indicators in nursing care. *Rev Gaúcha Enferm* 2015; 36(2):82-8.

16) Conterno LO, Lobo JA, Masson W. [The excessive use of urinary catheters in patients hospitalized in university hospital wards]. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1089-96.

17) Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Pressure ulcer care quality indicator: analysis of medical records and incident report. *Rev Gaúcha Enferm* 2013; 34(1):111-8.

18) Quadros DV, Magalhães AMM, Mantovani VM, Rosa DS, Echer IC. Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(4):684-90.

19) Paterson K, Henderson A, Burmeister E. The impact of a leadership development programme on nurses' self-perceived leadership capability. *Journal of Nursing Management* 2015; 23: 1086-93.

20) Sade PMC, Peres AM. Development of nursing management competencies: guidelines for continuous education services. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(6):991-8.

21) Lamont S, Brunero S, Lyons S, Foster K, Perry L. Collaboration amongst clinical nursing leadership teams: a mixed-methods sequential explanatory study. *Journal of Nursing Management* 2015; 23:1126-36.

22) Valentine MA, Nembhard IM, Edmondson AC. Measuring Teamwork in Health Care Settings: A Review of Survey Instruments. *Med Care* 2015; 53(4):16-30.

23) Ferreira GE, Dall'Agnoli CM, Porto AR. Repercussions of proactivity in the management of care: Perceptions of nurses. *Esc Anna Nery* 2016; 20(3): 20160057.

24) Garcia PC, Fugulin FMT. Tiempo de atención de enfermeira em launidad de cuidados intensivos de adultos y los indicadores de atención de calidad: análisis de correlación. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012; 20(4): [09 pantallas].

25) Santos JLG, Lima MADs. Care management: nurses' actions in a hospital emergency service. Rev. Gaúcha Enferm 2011; 32(4): 6.

Manuscrito 2

DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE NO AMBIENTE HOSPITALAR¹⁰

RESUMO. Objetivo: conhecer as dificuldades e estratégias dos enfermeiros-líderes para a utilização dos indicadores de qualidade no ambiente hospitalar. Método: realizou-se uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, em um hospital filantrópico do Sul do Brasil. Participaram da pesquisa 12 enfermeiros-líderes. Para a coleta de dados que foi realizada entre março e maio de 2016, utilizou-se entrevistas semiestruturadas e grupo focal. Para a análise dos dados, usou-se a análise de conteúdo. Resultados: verificou-se que os enfermeiros-líderes evidenciam a subnotificação de eventos adversos, a dificuldade na interpretação e aplicabilidade dos dados, a falta de tempo, a falta de compartilhamento das informações e *feedback* com a equipe, como dificuldades com a utilização dos indicadores de qualidade. Já as estratégias apontadas para a utilização dos indicadores de qualidade, foram: construção e discussão coletiva, o envolvimento da equipe de enfermagem e saúde, o *feedback* para a equipe e o trabalho educativo com a mesma. Conclusão: pode-se inferir que é necessário às instituições de saúde sensibilizarem-se com instrumentalizar os enfermeiros-líderes, de maneira a desenvolver algumas competências necessárias para a melhor utilização dos indicadores de qualidade, em busca da qualidade assistencial e do fortalecimento de políticas de saúde.

DESCRIPTORIOS: indicadores de qualidade em assistência à saúde; gestão em saúde; enfermagem; liderança.

¹⁰ Este manuscrito está nas normas da revista *Texto e Contexto Enfermagem*.

DIFFICULTIES AND STRATEGIES TO USING QUALITY INDICATORS AT THE HOSPITAL

ABSTRACT. Objective: to know the difficulties and strategies by nursing-leaders to using quality indicators at the hospital. Method: this is a qualitative, exploratory and descriptive research, which was carried out at a philanthropic hospital in the South of Brazil with 12 nursing-leaders. For data collection, semistructured interviews and focal group were used from March to May 2016. For data analysis, content analysis was applied. Results: nursing-leaders evidence underreporting of adverse events, difficulty to interpret and apply data, lack of time, lack of information and feedback sharing within the nursing team, which involves difficulty to using quality indicators. On the other hand, strategies to using quality indicators approach collective forming and discussion, nursing and health providers team involvement, feedback and educative work to the nursing team. Conclusion: it is necessary that health institutions sensitize to tool up nursing-leaders, in a way to develop some necessary competencies to better use quality indicators for a qualified care and formulate public health policies.

DESCRIPTORS: quality indicators, health care; quality of health care; health management; leadership; nursing.

INTRODUÇÃO

As organizações de saúde estão cada vez mais empenhadas com a prestação de cuidados efetivos e a priorização da segurança do paciente; isso acarretou o reconhecimento da importância dos sistemas de gestão da qualidade, que são vistos como um conjunto de atividades que servem para monitorar e controlar a qualidade dos cuidados.¹⁻³ Com isso, os indicadores de qualidade constituem-se um suporte importante e relevante dentro dos serviços de saúde, atrelados à maioria dos processos que envolvem a assistência aos pacientes, com amplitude operacional e de gestão.⁴ Neste sentido, o acompanhamento do resultado dos indicadores é indispensável aos hospitais que buscam certificações ou que almejam garantir a qualidade da atenção prestada aos clientes.⁵

Sabe-se que a utilização dos indicadores de qualidade traz benefícios às instituições de saúde, como a possibilidade de monitorar a adequação dos serviços de enfermagem em diferentes áreas hospitalares. A gerência do cuidado de enfermagem, fundamentada em avaliações periódicas por indicadores, impulsiona os profissionais na busca por melhoria dos serviços, além de permitir a compreensão da qualidade assistencial.⁶ Assim, o enfermeiro-líder, ao utilizar os indicadores de qualidade durante o percurso do cuidado, pode transformar os resultados da assistência.

Compreende-se a liderança como a habilidade do enfermeiro-líder de influenciar sua equipe, de forma que juntos possam alcançar objetivos compartilhados, tendo como finalidade central o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes e de sua família.⁷ O enfermeiro-líder consiste no profissional capaz de influenciar de forma construtiva os demais integrantes da equipe de enfermagem e saúde, com o intuito de qualificar o gerenciamento do cuidado e de fortalecer as relações interpessoais no trabalho,⁷ potencializando resultados melhores para a assistência, mediante a utilização de instrumentos gerenciais, tais como os indicadores de qualidade.

Atrelado a isso, um estudo revela a importância da utilização de indicadores para avaliar a qualidade dos processos assistenciais. Na percepção dos enfermeiros, os indicadores são ferramentas importantes, capazes de melhorar as ações assistenciais da equipe de enfermagem, demonstrando a conscientização do

profissional quanto às exigências do mercado e as necessidades de qualificação dos serviços de saúde.⁸

Já no âmbito internacional, os resultados de um estudo holandês apontam melhoria no desempenho do cuidado, ao utilizar-se de indicadores de qualidade em instituições para idosos.⁹ Ainda, o sistema de gestão da qualidade é apontado como importante para a melhoria da qualidade clínica em hospitais da Europa, assim como promovem o trabalho em equipe e o clima de segurança institucional.¹

Neste sentido, o Ministério da Saúde, em 2013, lança a Política de Atenção Hospitalar (PNHOSP), com vistas a fortalecer a avaliação dos serviços, sendo a utilização dos indicadores de qualidade, no âmbito hospitalar, uma alternativa para a qualificação das instituições. A PNHOSP estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde e defende que a assistência hospitalar, no Sistema Único de Saúde (SUS), deverá ser organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários.¹⁰

A gestão hospitalar deve ser pautada na garantia do acesso e da qualidade da assistência, no cumprimento de metas pactuadas, na eficiência e transparência da aplicação dos recursos e no planejamento participativo e democrático.¹⁰ Diante do que foi exposto, cabe aos hospitais desenvolver estratégias para o monitoramento e a avaliação dos compromissos e das metas pactuadas e da qualidade das ações e dos serviços de forma sistemática. No entanto, os gestores de saúde, em especial os enfermeiros-líderes, muitas vezes, não estão preparados ou deparam-se com muitas dificuldades para trabalhar com a avaliação da qualidade, por meio dos indicadores de qualidade.

Sinaliza-se que existem alguns estudos que investigam a utilização dos indicadores de qualidade no ambiente hospitalar e suas dificuldades. Em uma pesquisa realizada com enfermeiros, notou-se que a utilização dos indicadores de qualidade já é prática nas instituições de saúde, porém ainda é necessária a implementação de estratégias de análise dos indicadores, para que sejam passíveis de comparabilidade.¹¹ No que se refere às dificuldades encontradas pelos enfermeiros, com os indicadores de qualidade, são elas: o acúmulo de atividades privativas, falta de conhecimento teórico e prático do tema, pouco conhecimento da gestão por processos, pouco envolvimento da equipe na coleta de dados, entre outros.⁸

Os enfermeiros não têm intimidade com a utilização dos indicadores de qualidade, alguns afirmam nunca ter feito uso dessa ferramenta, durante o processo de trabalho. Em contrapartida, observa-se que os enfermeiros percebem a necessidade de se apoderar desse conhecimento e de aplicar ferramentas que qualifiquem seu trabalho assistencial, o trabalho da equipe e o cuidado ao paciente.¹² Com isso, ainda é necessário o empoderamento dos enfermeiros-líderes acerca dos indicadores de qualidade, para que a partir dos mesmos possam propor melhorias ao gerenciamento do cuidado em saúde, no que tange ao atendimento das necessidades dos usuários do sistema hospitalar.

Neste ínterim, a discussão com a equipe de enfermagem pode ser adotada como estratégia para identificar fragilidades e estabelecer metas, com vistas à melhoria da assistência prestada.⁶ Sabe-se que o controle da qualidade, realizado por meio da análise de indicadores, representa uma estratégia fundamental na busca de uma assistência segura, da objetividade comprovada por evidências, e do gerenciamento dos resultados e da qualidade.¹³

Diante deste contexto, o presente estudo justifica-se, a fim de buscar algumas lacunas encontradas nos estudos científicos^{8,11,12,13} e correlacionar o tema indicadores de qualidade com a PNHOSP. A investigação busca propor melhorias no gerenciamento do cuidado de enfermagem, no que tange ao atendimento das necessidades dos usuários do sistema hospitalar. Além disso, almeja-se que o estudo possa contribuir com os enfermeiros-líderes das instituições hospitalares, na utilização dos indicadores de qualidade assistencial, como uma ferramenta para fundamentar a tomada de decisão, o planejamento e a organização dos serviços. Portanto, este estudo objetivou conhecer dificuldades e estratégias dos enfermeiros-líderes para a utilização dos indicadores de qualidade, no âmbito hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em um hospital filantrópico da Serra gaúcha/Rio Grande do Sul, de caráter geral e referência para urgência, emergência e alta complexidade, com 293 leitos. A escolha por esse local deu-se por ser uma instituição de ensino e que tem mobilizado ações voltadas para a qualidade, gestão de riscos e segurança do paciente, além de ser acreditado nível 2 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Participaram do estudo 12 enfermeiros-líderes atuantes em Unidades Assistenciais abertas e membros do grupo de estudos, acerca dos indicadores de qualidade da instituição. Para a seleção dos participantes, foram adotados os seguintes critérios: ser enfermeiro, estar atuando por, no mínimo, um ano na instituição e trabalhar nas Unidades Assistenciais abertas. Não foram incluídos, no estudo, enfermeiros que estavam afastados por qualquer destes motivos: férias, licença maternidade, licença-saúde, no momento da coleta de dados.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e grupo focal no período de março a maio de 2016. As entrevistas foram realizadas em local reservado na instituição do estudo, com duração em média de 30 minutos, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra, logo após a sua realização. Para a preservação do anonimato, os depoimentos de cada participante foram identificados pela letra E (enfermeiro) e o número ordinal correspondente à sequência em que as entrevistas foram realizadas e depois de concluída essa etapa, os enfermeiros foram convidados a participar de dois encontros de grupo focal.

Os dois encontros do grupo focal tiveram como objetivo apresentar os dados emergidos das entrevistas, a fim de realizar uma validação com os participantes, e também verificar o surgimento de novas percepções acerca do tema. A coleta dos dados do grupo focal foi realizada em local reservado da instituição e as discussões dos sete enfermeiros que participaram foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Os depoimentos advindos do grupo foram identificados com as letras GF, mais o número ordinal representando cada enfermeiro (GF1, GF2...). Os encontros tiveram duração de uma hora e contaram com a coordenadora do grupo, sendo a pesquisadora principal e também com uma observadora. No final de cada encontro, a coordenadora e a observadora reuniam-se, com o intuito de realizar um *feedback* sobre o que transcorreu no grupo. Cabe ressaltar que os sete enfermeiros-líderes que participaram dos dois encontros foram os mesmos.

Para a análise dos dados, realizou-se uma leitura minuciosa das entrevistas semiestruturadas e dos depoimentos do grupo focal, conforme análise de conteúdo.¹⁴ Inicialmente, foi realizada a fase exploratória de investigação e, após, o momento interpretativo, no qual utilizou-se as falas dos participantes. Depois disso, realizou-se a ordenação dos dados que englobaram a transcrição do material das entrevistas semiestruturadas e do grupo focal, através de leitura horizontal e exaustiva dos textos. Na leitura transversal, separou-se os dados por unidades de

sentido. Logo após o processo classificatório, foram identificadas as categorias, juntando as partes semelhantes, buscando-se as conexões e guardando-as em códigos. Na análise final, os dados foram confrontados com a literatura e com a PNHOSP.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 1.405.172, e para seu desenvolvimento foram atendidos os preceitos éticos instituídos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Os participantes do estudo, em sua totalidade eram do sexo feminino e a idade variou entre 26 e 50 anos. O tempo de formação oscilou de dois a nove anos. Em relação ao tempo que possui vínculo empregatício com o hospital, houve uma variação de um ano e seis meses a 11 anos.

Os resultados foram organizados em duas categorias, denominadas: *Dificuldades evidenciadas pelos enfermeiros-líderes para a utilização dos indicadores de qualidade* e *Estratégias para a utilização dos indicadores de qualidade*.

Dificuldades evidenciadas pelos enfermeiros-líderes para a utilização dos indicadores de qualidade

Nesta categoria encontram-se as dificuldades evidenciadas pelos enfermeiros-líderes para a utilização dos indicadores. A subnotificação é apontada como sendo uma das dificuldades, conforme os depoimentos a seguir:

Eu acho que a principal dificuldade é a subnotificação (E5).

Eu acredito que as dificuldades estão centradas no número do indicador, pois esse nem sempre é real. A gente acaba durante o mês não notificando ou não anotando de uma maneira correta; então, muitas vezes, acaba não sendo um valor real para a gente realmente tomar as medidas necessárias ou preventivas (E4).

A dificuldade está no profissional que não notifica, não notifica ou, às vezes, não sabe como alimentar as planilhas e não preenche (E12) [...] É um processo falho na nossa unidade, porque a gente controla por uma planilha, só que muitas vezes acontece um evento, daí tu não registra, e aí tu perde a informação. Então posso te dizer que é um falso resultado, uma subnotificação (E12).

Em relação às subnotificações, eu concordo que são subnotificados; por exemplo, os eventos-sentinela são subnotificados, registros do perfil epidemiológico, não conformidades (GF06).

Evidencia-se que os resultados obtidos nas entrevistas são corroborados pelos achados do grupo focal, sendo a subnotificação de eventos adversos uma importante dificuldade na utilização dos indicadores de qualidade. Também se nota nos depoimentos a existência de enfermeiros que não sabem preencher as planilhas dos indicadores adotadas na instituição e assim deixa de alimentá-las, contribuindo com o resultado desviado no final do mês, o que faz os enfermeiros-líderes considerarem um valor, para o qual não se pode tomar nenhuma medida para a mudança ou prevenção.

Em outros relatos, os enfermeiros consideram a interpretação e aplicabilidade do indicador de qualidade como dificuldades encontradas na operacionalização:

Acredito que temos dificuldades na interpretação dos dados (E2).

Hoje acredito que os indicadores da instituição sejam apenas uma estatística, e objetivo do indicador não pode ser meramente estatístico e sim como uma melhoria (E3).

Na prática assistencial está bem difícil de ser utilizado, acredito que as pessoas ainda não entenderam e não têm a ideia de pegar o indicador, trabalhar com ele e utilizá-lo na prática. Por exemplo: vamos pegar o indicador de eventos-sentinela e vamos traçar uma meta para que seja reduzido (E8).

Eu acho que, em relação aos planos de ação, precisamos ser mais resolutivos e não só construir um plano de ação porque a qualidade diz que tem que construir um plano de ação. A gente precisa fazer um plano de ação com vistas ao resultado e ver no final do mês se foi efetivo e não só no mês seguinte (E6).

Eu acho que a gente ainda não conseguiu colocar em prática as mudanças e como a gente vai aplicar isso (E1) [...] Em relação à taxa de infecção: O que estou fazendo para isso? Eu coletei esse dado, eu sei que está ocorrendo e que não está eficiente e eu preciso planejar alguma coisa para que isso aconteça e esse planejamento não está acontecendo. O que estou fazendo com este indicador na prática? (E1).

Com certeza existe falha na formação, não vimos como notificar e fazer um plano de ação, eu nunca tinha visto antes (GF04).

Diante destes dados, percebe-se que os enfermeiros têm dados dos indicadores, porém têm dificuldade na interpretação, em reconhecer o que o número está lhe dizendo sobre a assistência. Nota-se que os enfermeiros não conseguem ver a aplicabilidade prática do indicador, que poderia ser utilizado como evidência da prática.

Outras dificuldades apontadas foram a falta de tempo devido à complexidade assistencial do paciente, a rotatividade de colaboradores ou a falta de funcionários, os imprevistos dos plantões, assim como a falta de comprometimento dos demais enfermeiros do setor.

E também tem a questão da complexidade do paciente; eles estão internando, cada vez mais, graves e dependentes e isso exige um tempo mais de assistência. As equipes estão sobrecarregadas, falta profissional qualificado, estão entrando cada vez mais sem experiência. A rotatividade também é alta (GF03).

Falta também muito tempo para fazer os indicadores, ali no meu setor é um setor grande, com pacientes complexos. O quadro de funcionários nunca está completo; então eu tenho que ajudar a equipe, porque elas não dão conta. Então, algumas coisas vou fazendo quando dá e durante os plantões (E11).

O dia a dia é corrido e nem sempre acontece como prevíamos e daí não conseguimos trabalhar com os indicadores (GF06).

Às vezes nos tornamos tarefeiros, mecanicistas, tu tens que fazer as prescrições, atender às intercorrências, visitar os pacientes [...] e tu acaba se envolvendo na rotina, e esses processos como dos indicadores acaba ficando para depois (GF05).

Falta de tempo e colaboração dos outros colegas enfermeiros (E6).

A falta de comprometimento dos enfermeiros com os indicadores ainda existe, nós precisamos estar comprometidos com a assistência e quando olhamos para os indicadores estamos olhando para a assistência (E9).

A complexidade assistencial, a rotatividade ou a falta de funcionários, as intercorrências decorrentes da situação clínica do paciente e a falta de comprometimento de alguns enfermeiros faz com que os demais enfermeiros não consigam trabalhar com os indicadores da forma como previam.

Ainda, falando-se de dificuldades com os indicadores de qualidade, os enfermeiros trouxeram a falta de compartilhamento dos dados entre a equipe de enfermagem e multidisciplinar e a ausência de *feedback* das chefias perante os resultados dos indicadores.

Aqui no meu setor tem uma pessoa responsável por construir esses indicadores, não são todos os profissionais que participam da construção (E3).

É para ser construído em equipe, entre os enfermeiros, porém na minha unidade sou eu e minha colega que preenchemos (E8).

No meu setor não tem reunião mensal e quem faz é a enfermeira da tarde, uma vez nós fazíamos os indicadores divididos, cada um fica com uma parte, o que também não era bom, o bom seria que todos participassem, e cada um poderia enxergar o que está dando resultado (E9).

Até então só uma enfermeira fazia os indicadores, sempre foi ela que fez, os demais não faziam e não ajudavam, porque a enfermeira não queria ajuda. Então agora a gente dividiu, cada mês é um que faz (E11).

Acredito que o maior problema é que sabemos o que precisa ser feito mas não fazemos, sabemos que precisamos passar para os outros turnos as informações, sabemos que precisamos nos comunicar e não nos comunicamos (GF02).

Não há uma construção coletiva (GF06).

Então a chefia fica sabendo do resultado destes indicadores através do preenchimento da planilha e não se senta, não se discute e não se tem esse feedback (E1).

Geralmente, em relação ao indicador de infecção, na qual ficamos 10 meses sem infecção, quem dava os parabéns e conversava com a equipe era o CCIH (E10).

E em relação ao feedback só acontece quando é algo grave. Em nenhum momento nós do setor sentamos com a coordenação para discutir os indicadores (E12).

No que se refere à falta de compartilhamento dos indicadores com os demais colegas, os enfermeiros deixam evidente que, na sua maioria, os indicadores estão centralizados em uma pessoa, que detém os dados de uma unidade assistencial. Ainda, relatam a falta de reuniões e a falta de comunicação entre turnos na construção de indicadores, o que gera a fragmentação da informação. Ao falar de *feedback*, referem que esse só acontece quando é realizado pelo Controle de Infecção Hospitalar ou quando o assunto relacionado aos indicadores é grave.

Estratégias dos enfermeiros para a utilização dos indicadores de qualidade

No que diz respeito às estratégias sugeridas pelos enfermeiros-líderes, acerca da melhor forma de utilização dos indicadores, a construção e a discussão

coletivas, assim como o engajamento da equipe de enfermagem e a multidisciplinar, surgiram nos depoimentos.

Acho que também precisamos inserir mais o técnico de enfermagem na construção e discussão dos indicadores; aos poucos iriam caminhar para o entendimento dos indicadores (GF07).

Acho que a gente poderia ver para melhor conduzir a equipe, fazer ela se sentir parte da construção dos indicadores, envolver a equipe na construção seria uma estratégia muito boa para que eles pudessem atuar de uma maneira mais eficaz (E10).

Acredito que a equipe multidisciplinar também pode contribuir muito com os indicadores, por exemplo, com a nutrição nós trabalhamos o indicador: dieta prescrita X infundida, acho que isso pode ajudar (E7).

Se tu vais desenvolver um plano e vai envolver as pessoas na construção, a equipe, todos vão te auxiliar para a busca daquele objetivo, e também os enfermeiros precisam falar a mesma língua, então eu acho que se fizermos o plano de ação em conjunto seria muito mais produtivo. A gente precisaria ter um momento para poder discutir o teu processo de trabalho, a assistência (GF01).

Observa-se que, apesar de saber como os indicadores de qualidade poderiam ser trabalhados com a equipe de enfermagem e saúde, essas estratégias ainda não são utilizadas na prática em sua totalidade. No caso dos indicadores da equipe de nutrição, já existe uma construção e discussão coletiva com a enfermagem.

Nos depoimentos, os próprios enfermeiros sugeriram uma maneira de como realizar uma discussão com a equipe de enfermagem; o *feedback* para a equipe de trabalho é essencial para mostrar o resultado e saber em quais aspectos precisa-se melhorar na assistência.

Então eu acho que é dando retorno e mostrando para eles onde é que aparece o trabalho deles (E1).

No mês passado, a gente recebeu um elogio do controle de infecção, por três meses sem infecção e eu trouxe esse resultado para a equipe, eu trouxe esse feedback para eles, porque é importante eles saberem que está dando certo (E2).

Os indicadores não é só notificar, precisamos dar um retorno para a equipe. Por exemplo: olha equipe, aqui tivemos tantas infecções, tantas sondas enterais que

obstruíram, então vamos juntos traçar um plano para melhorar esse indicador e estabelecer mudanças (E5).

Uma das coisas que eu passo para a equipe todo mês é quando vem a pesquisa de satisfação, que é um indicador de qualidade do atendimento delas, então eu mostro: olha aqui o que as pessoas disseram do nosso trabalho (E12).

Como que tu consegue trabalhar com o técnico: quando tu teve lá no final de mês, cinco perdas de sonda nasoentérica e três foram por obstrução, aí tu consegue trabalhar com a equipe. Daí a gente fala para eles: gente, vocês não estão lavando a sonda, por isso estão obstruindo, isso é concreto daí tu consegue sinalizar para eles, mas o que não é concreto e tu não tem um exemplo claro eles não entendem (GF02).

O enfermeiro-líder, ao utilizar o *feedback* com a equipe de enfermagem, essa fica sabendo a importância do seu trabalho e no que ele repercute. As falas tanto das entrevistas, como do grupo focal, reforçam a ideia de que os indicadores de qualidade precisam ser trabalhados em equipe.

Outra maneira de trabalhar com os indicadores, que surgiu nos depoimentos das enfermeiras, foi o trabalhar com a equipe de maneira participativa, como segue nos depoimentos a seguir:

Eu acho que a gente tem que tirar essa ideia de punitivo e partir para o educativo. Uma coisa bem legal que eu tenho visto, por exemplo, quando um funcionário aplica uma medicação errada, um tempo atrás tínhamos que advertir, só que temos que pensar que não foi o funcionário, tem uma cascata de coisas por trás do erro, nós temos que parar com essa coisa de punir as pessoas pelos erros e sermos educativos (GF03).

Todas as coisas que a gente estuda, nós estudamos juntos, de acordo com as demandas. E eu sempre falo para as gurias: eu não quero técnico mecanicista, eu quero seres pensantes. A gente precisa envolver a equipe no processo, para eles se sentirem importantes (E5).

Mostrar para a equipe os números do resultado assistencial faz os sujeitos se sentirem parte do processo de trabalho, levando-os a entender o indicador de qualidade, de maneira a contribuir com a qualidade do cuidado.

DISCUSSÃO

Os enfermeiros-líderes enfrentam algumas dificuldades no dia a dia perante os indicadores de qualidade, entre elas, a subnotificação de eventos adversos, que, algumas vezes, pode gerar um resultado não fidedigno da realidade do setor ou instituição de saúde. Vale ressaltar que, ao serem admitidos na instituição do estudo, todos os enfermeiros recebem capacitação acerca dos indicadores e de como devem proceder com seu preenchimento. Sugere-se pensar em capacitações sistemáticas, de modo a garantir o registro das informações.

A qualidade das informações para a utilização dos indicadores é de suma importância, visto que reflete o resultado do trabalho assistencial, além de ser uma maneira de compreender a realidade, como foi visto em estudos chineses que desenvolveram indicadores de qualidade para pacientes com infarto agudo do miocárdio e tratamento de câncer de mama, para monitorar, avaliar e melhorar continuamente a qualidade do atendimento do paciente.^{15,16} As anotações de enfermagem constituem um indicador fundamental para a gerência do cuidado; no entanto, são pouco utilizadas pelas instituições de saúde, sendo necessário estabelecer uma estrutura e rotina de coleta e análise dos indicadores, para que os resultados sejam fidedignos à realidade.¹⁷ Além disso, o apoio e a participação da alta administração são fundamentais para melhorar a gestão da qualidade, além de promoverem as mudanças necessárias para o alcance de resultados.¹⁸

Quando se fala de dificuldade na interpretação e na aplicabilidade do indicador, esses resultados convergem com uma pesquisa, também realizada com enfermeiros, na qual os mesmos não conseguiram incorporar todas as fases do gerenciamento dos indicadores, ficando sem saber o que fazer com os números coletados e nem sempre desenvolvendo um planejamento de ações e melhorias no cuidado, a partir dos indicadores.¹³ Compreende-se por gerenciamento dos indicadores a coleta, a interpretação, análise e o plano de ação. Em relação a essas dificuldades, os enfermeiros podem tê-la por falta de base acadêmica acerca do assunto, como foi identificado no presente estudo e vai ao encontro de outra pesquisa, na qual os enfermeiros relataram dificuldades para utilizar os indicadores de processo e a maioria não havia tido nenhum contato teórico ou prático com o tema durante a graduação.⁸

Neste sentido, as instituições de saúde precisam buscar o aprimoramento de seus líderes, habilitando-os a transformarem os dados coletados em informações gerenciais. A liderança auxilia o enfermeiro no alcance dos objetivos da assistência, entre eles o oferecimento de um cuidado de qualidade. A educação permanente pode favorecer a disseminação das informações acerca de instrumentos de melhoria da qualidade, a fim de estimular a adoção de práticas mais efetivas e eficazes, além de oferecer respaldo às atividades desenvolvidas,¹² levando em conta que os temas para a realização da educação permanente emergem do próprio processo de trabalho da equipe. Cabe mencionar que a educação permanente é importante por permitir atualização das práticas realizadas cotidianamente pelos profissionais e construção de relações e processos que vão das equipes em atuação às práticas institucionais, pois sabe-se que, durante a formação em enfermagem, os aspectos técnicos, muitas vezes, são mais valorizados em detrimento dos aspectos gerenciais, os quais são também necessários na prática assistencial, em que necessitam tomar decisões que vão impactar na qualidade e no resultado institucional.⁵

Na perspectiva da PNHOSP, destaca-se a preocupação quanto à formação, o desenvolvimento e a gestão da força de trabalho; desse modo, os espaços de produção das ações e dos serviços de saúde no SUS devem constituir-se em campo de prática para o ensino, a pesquisa e a incorporação tecnológica em saúde, cabendo aos hospitais integrantes do SUS desempenhar um importante papel na formação. A educação permanente e a participação em ações de formação de novos profissionais de saúde também devem integrar programas e políticas de formação em saúde.¹⁰ Identifica-se um movimento ainda muito insipiente por parte dos hospitais, em realizar programas voltados para a formação em saúde, de modo que, em alguns momentos, encontra-se profissionais pouco capacitados para o atendimento ao SUS.

Também, emerge a necessidade de reforçar a interação entre o ensino e o serviço em saúde, concretizando um processo de formação que reconheça as modificações ocorridas, diante dos novos modelos assistenciais e gerenciais, o que muda o processo de trabalho em saúde e exige mudança no perfil profissional, requerendo uma formação com aptidões para a tomada de decisão, comunicação, liderança, o gerenciamento e a educação.¹⁹ Sabe-se que cabe aos centros formadores a responsabilidade de instrumentar o futuro profissional para o

desenvolvimento de tais saberes, repensando suas estratégias e prioridades de ensino, a fim de atenderem às necessidades de saúde com efetividade.²⁰

Outras dificuldades apontadas pelos enfermeiros-líderes foi a falta de tempo devido à complexidade assistencial do paciente e sobrecarga de trabalho, assim como a rotatividade de colaboradores ou a falta de funcionários, os imprevistos dos plantões e a falta de comprometimento pelos colegas. Neste sentido, os enfermeiros e os gestores das instituições precisam repensar o processo de trabalho da enfermagem, analisando criticamente o do enfermeiro, para que consiga atuar no planejamento da assistência, refletindo no desfecho positivo do cuidado ao paciente. Conforme os resultados deste estudo, sabe-se que a carga de trabalho da enfermagem e a falta de funcionários repercute na taxa de infecção e no aumento da mortalidade.²¹

Em relação à rotatividade de pessoal, essa que também é elencada como importante indicador de qualidade da gestão de recursos humanos; especialmente no contexto da enfermagem, merece atenção por parte das lideranças porque esse fato se alia ao aumento de custos, podendo interferir na qualidade do cuidado e também na manutenção dos níveis de excelência exigidos por programa de qualidade.²²

No que se refere à falta de compartilhamento dos dados e de *feedback* das chefias, perante os resultados dos indicadores, também foram consideradas como dificuldades. Cabe ressaltar que a instituição do estudo conta com um enfermeiro em cada turno, um enfermeiro coordenador de área e uma gerente de enfermagem e, na pesquisa, a falta de *feedback* está relacionada com os enfermeiros dos turnos e as coordenações de áreas. Ao não compartilhar as informações que constam nos indicadores, os enfermeiros perdem a riqueza dos dados, as discussões com a equipe e os detalhes de cada informação contida no indicador, que pode auxiliar na gestão da unidade assistencial e no amadurecimento da equipe.

Os enfermeiros-líderes percebem a necessidade da construção e discussão coletiva dos indicadores de qualidade, tanto da equipe de enfermagem como da equipe multidisciplinar. A discussão coletiva auxilia na comunicação entre as áreas e contribui para o amadurecimento do processo. A assistência em saúde precisa ser trabalhada por seus atores, buscando melhorias para o processo de trabalho, assim como para o atendimento ao paciente.

No entanto, sabe-se que o trabalho em equipe constitui um desafio, devido ao número e à diversidade de pessoas e ideias diante do processo de trabalho de todos.¹⁹ Os resultados da presente pesquisa convergem com o estudo realizado no cenário hospitalar, na qual os participantes mencionam a falta de integração da equipe multiprofissional e relatam a inexistência de coesão entre os profissionais.⁵ Tal situação revela-se contrária ao preconizado pela PNHOSP, na qual as equipes multiprofissionais deveriam ser a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital, formada por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.¹⁰

Mediante este panorama, a liderança pode ser uma ferramenta que venha a auxiliar o enfermeiro na construção de um ambiente com um clima mais satisfatório aos trabalhadores, por meio do estabelecimento de vínculos profissionais saudáveis e processos dialógicos efetivos entre a equipe de enfermagem e integrantes da equipe multiprofissional,²³ ainda contribuindo com as discussões dos indicadores de qualidade.

Envolver a equipe no desempenho, permitir a participação no processo, reconhecer o trabalho de todos com sistema de recompensa e avaliação de desempenho, foram algumas práticas gerenciais desenvolvidas em uma instituição, para alcançar a acreditação por excelência. Com mais interação em todas as etapas do processo de acreditação, os funcionários passaram a ter uma visão do macro, dentro do seu setor e da própria instituição.¹⁸ No hospital do estudo, ainda não existe avaliação de desempenho dos trabalhadores, prática que pode ser pensada e correlacionada com os indicadores assistenciais, a ser realizada de maneira periódica e sistematizada.

No que se refere ao *feedback* pelas chefias, sua falta pode levar os enfermeiros-líderes se sentirem pouco comprometidos com os dados que geram nas unidades mensalmente, assim como pode desestimular a sua utilização, ao mesmo tempo em que é apontado como importante pelos enfermeiros-líderes do estudo.

Vale lembrar que, ao trabalhar com a gestão da qualidade, precisa-se investir na gestão de pessoas; as organizações devem focar efetivamente no desenvolvimento e na valorização dos trabalhadores. Sendo assim, a comunicação e a adoção de reuniões de repasse são estratégias gerenciais para alcançar níveis

de excelência. Neste estudo, as reuniões acontecem semanalmente, entre alta administração e gerentes; da mesma maneira, os gerentes repassam o que foi discutido para a sua equipe, o que se mostrou fundamental para envolver toda a equipe e alcançar metas.¹⁸

O envolvimento da equipe de enfermagem e a multidisciplinaridade são essenciais no sentido de reunir todos no processo e comprometê-los pelo resultado assistencial. Em um estudo realizado com enfermeiros, foi visto que a maioria da amostra (54,7% dos enfermeiros) divulga os dados dos indicadores para a equipe de enfermagem, através de momentos de apresentação dos resultados e discussão dos mesmos.⁶ Conforme a PNHOSP, as práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas, a partir da caracterização do perfil dos pacientes por meio da corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais caracterizam a gestão da clínica.¹⁰ A discussão dos indicadores tem assumido um papel estratégico na gestão dos serviços de enfermagem, visto que pode servir para identificar as fragilidades e estabelecer metas com vistas a melhorias.

A interação entre os profissionais da enfermagem, como objetivo da comunicação, qualifica o processo de comunicação e é uma importante estratégia, para que se possa prestar uma assistência ao paciente de forma efetiva e com maior eficácia.²⁴

Trabalhar de maneira educativa com a equipe pode ser mais fácil à equipe entender a importância dos indicadores de qualidade e foi elencado pelos enfermeiros-líderes como estratégia para trabalhar com a equipe os indicadores de qualidade. Em um estudo africano, utilizou-se materiais educativos, como pulseira de identificação do paciente, oficinas e distribuição de materiais escritos para a equipe, para sensibilizá-los na utilização de mais um marcador de identificação do paciente, além do nome, em busca da mitigação dos erros na saúde.²⁵ A articulação entre a assistência, gerência e a educação é necessária e imprescindível, no que tange à acreditação hospitalar e à melhoria da qualidade do cuidado.¹⁹ Conforme a PNHOSP, o programa de educação permanente em saúde deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes dos hospitais, baseado no aprendizado em serviço, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais.¹⁰

Quando a equipe está envolvida no monitoramento, acompanhamento e na análise dos indicadores, além de conhecer os resultados, os mesmos são descentralizados, produzindo mais autonomia no trabalho da equipe e dos líderes.¹⁸

As enfermeiras sabem o que precisam fazer para aproximar a equipe de enfermagem e saúde dos indicadores de qualidade, porém ainda não conseguiram efetivar essa prática em sua totalidade. Assim, sugere-se que a instituição possa proporcionar momentos de interação da equipe de enfermagem e saúde, contribuindo com a aproximação dos mesmos e tornando a comunicação algo vivido nas equipes.

CONCLUSÃO

Neste estudo, os enfermeiros identificaram as dificuldades evidenciadas para a utilização dos indicadores de qualidade, assim como propõem estratégias para a utilização dos indicadores de qualidade no âmbito hospitalar.

Os enfermeiros percebem que a subnotificação de eventos adversos e o não preenchimento da planilha dos indicadores podem contribuir com resultados não fidedignos da assistência, ao mesmo tempo a interpretação e aplicabilidade do indicador de qualidade são também dificuldades encontradas na operacionalização. Como sugestão, a instituição poderá pensar em reestruturar seus formulários, de maneira a instigar as notificações pelos enfermeiros; ao mesmo tempo fazer busca ativa dos incidentes, através de auditorias internas, poderá auxiliar nos resultados. A falta de tempo em decorrência da complexidade assistencial do paciente, a rotatividade de colaboradores ou o número reduzido de funcionários, as intercorrências diárias, assim como o não comprometimento de alguns enfermeiros também foram relatadas pelos participantes, além da falta de compartilhamento dos dados e *feedback* por parte das coordenações de áreas.

No que se refere às estratégias dos enfermeiros para a utilização dos indicadores de qualidade, os mesmos citaram a construção e a discussão coletiva, assim como o engajamento da equipe de enfermagem e a multidisciplinar, ainda que não utilizadas na prática em sua totalidade. Neste sentido, a instituição poderá pensar em maneiras de reunir os atores envolvidos, em busca de melhores resultados e soluções. Ao mesmo tempo que o *feedback* para equipe e o trabalho educativo são essenciais para mostrar o resultado e saber do que se precisa para melhorar a assistência.

Os resultados do estudo implicam de forma positiva a prática assistencial dos enfermeiros, tendo em vista que reforçam a necessidade de qualificar o

gerenciamento do cuidado, por meio da utilização dos indicadores de qualidade, reconhecendo as dificuldades e estratégias para sua implementação no ambiente hospitalar. Para tanto, é necessário que as instituições de saúde também se sensibilizem em instrumentalizar os enfermeiros-líderes, de maneira a capacitar seus gestores para a melhor utilização dos indicadores de qualidade, visto que as instituições de ensino não preenchem todas as necessidades requeridas pelo mercado do trabalho, ao mesmo tempo que as instituições de ensino devem repensar no conteúdo ministrado acerca dos indicadores de qualidade, dando subsídios para os futuros enfermeiros. Notou-se que o grupo de enfermeiras do estudo ainda enfrenta dificuldades no que se refere à proatividade, não conseguindo propor solução para os problemas encontrados no resultado dos indicadores. Da mesma forma, é necessário que os hospitais voltem-se para as políticas de saúde, em especial à PNHOSP, no sentido de qualificar a atenção hospital e a gestão da clínica.

Em relação às limitações do estudo, destaca-se que foi realizado em apenas um hospital, não podendo expressar a realidade de outros locais. Assim, outros estudos podem contribuir para o surgimento de novas percepções.

REFERÊNCIAS

- 1) Kristensen S, Hammer A, Bartels A, Suñol R, Groene O, Thompson CA, et al. Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in european hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 15]; 27(6), 499–506. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/early/2015/10/05/intqhc.mzv079>.
- 2) Wagner C, Groene O, Thompson CA, Klazinga NS, Dersarkissian M, Arah OA, et al. Development and validation of an index to assess hospital quality management systems. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 15]; 26 (Suppl.): 16-26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4001698/>.
- 3) Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 15]; 25: 213-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671738/>.
- 4) Fugaça NPA, Cubas MR, Carvalho DR. Use of Bbalanced indicators as a management tool in nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 15]; 23(6): 1049-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/0104-1169-rlae-23-06-01049.pdf>.
- 5) Manzo BF, Brito MJM, Corrêa AR. Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professional. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 15]; 46(2):388-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a17v46n2.pdf>.
- 6) Cavalcante PS, Rossaneis MA, Haddad MCL, Gabriel CS. Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar. *Rev Enferm UERJ*. [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 15]; 23(6):787-93. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n6/v23n6a11.pdf>.
- 7) Amestoy SC; Backes VMS, Thofehrn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LL. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líder no ambiente hospitalar. *Rev GaúchaEnferm*. [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 15]; 35(2):79-85. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/40155/29928>.
- 8) Menezes PIFB, D’Innocenzo M. Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na utilização de indicadores de processos. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 15]; 66(4): 571-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a16.pdf>.

9) Meer SWD, Kool RB, Klazinga NS, Huijsman R. Are the Dutch long-term care organizations getting better? A trend study of quality indicators between 2007 and 2009 and the patterns of regional influences on performance. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 15]; 25(5):505–514. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23962991>.

10) Brasil. Portaria 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília (DF): MS; 2013.

11) Rossaneis MA, Gabriel CS, Haddad MCFL, Melo MRAC, Bernardes A. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 15]; 16(4):769-76. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n4/pdf/v16n4a09.pdf.

12) Marreiro LAA, Ribeiro RAA, Santos SR, Albuquerque GE, Carvalho GDA. Perceptions and experiences of nurses managers concerning quality indicators. *Rev Enferm UFPE online*. 2015 [cited 2016 Nov 15]; 9(4):7255-63. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7351/pdf_7489.

13) Silveira TVL, Júnior PPP, Siman AG, Amaro MOF. The importance of using quality indicators in nursing care. *Rev GaúchaEnferm.* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 15]; 36(2): 82-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rge/v36n2/pt_1983-1447-rge/v36-02-00082.pdf.

14) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo (SP): Ucitec; 2010.

15) Sun H, Liu M, Hou S. Quality indicators for acute myocardial infarction care in China. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 15]; 23(4):365–374. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/23/4/365.long>.

16) Bao H, Yang F, Wang X, Su S, Liu D, Fu R, et al. Developing a set of quality indicators for breast cancer care in China. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 15]; 27(4), 291-296. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/27/4/291.long>.

17) Rossaneis MA, Gabriel CS, Haddad MCFL, Melo MRAC, Bernardes A. Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. *CogitareEnferm.* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 15]; 20(4):798-804. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41734/26785>.

- 18) Siman AG, Cunha SGS, Martins ES, Brito MJM. Estratégia do trabalho gerencial para alcance da acreditação hospitalar. Rev Min Enferm. [Internet]. 2015. [cited 2016 Nov 15]; 19(4): 815-22. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v19n4/v19n4a02.pdf>.
- 19) Siman AG, Brito MJM, Carrasco M.L. Participation of the nurse manager in the process of hospital accreditation. Rev GaúchaEnferm. [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 15]; 35(2): 93-9. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/1983-1447.2014.02.44510&pid=S1983-14472014000200093&pdf_path=rgef/v35n2/pt_1983-1447-rgef-35-02-00093.pdf&lang=pt.
- 20) Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR, Terra FS. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 15]; 69(4):676-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0676.pdf>.
- 21) Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens S, Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. New Engl J Med. [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 15];364(11):1037-45. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1001025#t=article>.
- 22) Oliveira JLC, Matsuda LM. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 15]; 20(1):63-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0063.pdf>.
- 23) Amestoy SC, Backes VMS, Trindade LL, Canever BP. The scientific production regarding leadership in the context of nursing. Rev Esc Enferm USP [Internet].2012 [cited 2016 Nov 15]; 46(1):219-24. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a30.pdf.
- 24) Broca PV, Ferreira MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. Rev. Bras. Enferm.[Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 15]; 65(1). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/14.pdf>.
- 25) Latham T, Malomboza O, Nyirenda L, Ashford P, Emmanuel J, M'Baya B, et al. Quality in practice: implementation of hospital guidelines for patient identification in Malawi. International Journal for Quality in Health Care [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 15]; 24(6): 626–33. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/24/6/626.long>.

IV Considerações Finais

IV Considerações finais

A partir do desenvolvimento do estudo, foi possível conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade, como ferramentas para o gerenciamento do cuidado, assim como identificar o conhecimento dos enfermeiros-líderes acerca dos indicadores de qualidade; averiguar a utilização dos indicadores de qualidade pelos enfermeiros-líderes; verificar as contribuições dos indicadores de qualidade para os enfermeiros-líderes no gerenciamento do cuidado; identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros-líderes, em utilizar os indicadores de qualidade e averiguar as estratégias que auxiliam na utilização dos indicadores de qualidade, para o gerenciamento do cuidado do enfermeiro-líder.

As participantes entendem os indicadores como ferramentas de mensuração do resultado assistencial, assim como permitem conhecer os pacientes atendidos e mostram se os objetivos foram atingidos, assim como auxiliam no processo de melhoria contínua e tomada de decisão.

Quanto à sua utilização, indicadores de qualidade vêm sendo abordados com a equipe de enfermagem, mediante discussões e construção de sua análise crítica e de seus planos de ação. Os indicadores de qualidade ainda não são discutidos com o restante da equipe multidisciplinar e também não é medida a efetividade dos planos de ação no hospital campo do estudo.

No que se refere às contribuições na utilização dos indicadores de qualidade, os participantes relatam que os mesmos auxiliam no entendimento do processo de trabalho, assim como proporcionam a direção do cuidado e melhoria no gerenciamento do cuidado, no que tange ao olhar singular a cada paciente.

Os enfermeiros percebem que a subnotificação dos eventos adversos e o não preenchimento da planilha dos indicadores podem contribuir com resultados não fidedignos da assistência, ao mesmo tempo a interpretação e aplicabilidade do indicador de qualidade são também dificuldades encontradas na operacionalização. A falta de tempo em decorrência da complexidade assistencial do paciente, a rotatividade de colaboradores ou a falta de funcionários, as intercorrências diárias, assim como a falta de comprometimento pelos demais enfermeiros, também foram relatadas pelos participantes, assim como a falta de compartilhamento dos dados e *feedback* por parte das chefias.

No que se refere às estratégias dos enfermeiros para a utilização dos indicadores de qualidade, os mesmos citaram a construção e a discussão coletiva, assim como o engajamento da equipe de enfermagem e a multidisciplinar, ainda que não utilizadas na prática em sua totalidade. Ao mesmo tempo, o *feedback* para a equipe e o trabalho educativo são essenciais, para mostrar o resultado e saber onde é preciso melhorar a assistência.

Com o intuito de melhorar e transformar a realidade, é necessário que as instituições de saúde sensibilizem-se para instrumentalizar os enfermeiros-líderes, de maneira a desenvolver algumas competências, como a análise dos resultados assistenciais, para a melhor utilização dos indicadores de qualidade; da mesma forma devem voltar-se para as políticas de saúde, em especial, a PNHOSP, no sentido de qualificar a atenção hospitalar e a gestão da clínica.

Vale ressaltar o desafio em correlacionar os dados encontrados com o referencial teórico da PNHOSP, que apesar de ser uma política ao âmbito hospitalar, ainda traz pouco do muito que pode ser explorado em nível terciário de saúde. Um exemplo é a escassez na abordagem dos indicadores de qualidade. Ao mesmo tempo considera-se, ao findar esta etapa, que o trabalho é inovador por trabalhar com a PNHOSP e pode contribuir com a prática hospitalar, mostrando ferramentas possíveis para o gerenciamento do cuidado.

Ainda, a pesquisa pode contribuir com as instituições de ensino, no sentido de repensarem o tema indicadores de qualidade em seus currículos, dando subsídios para os futuros enfermeiros. Na assistência ao paciente, o presente estudo pode levar a instituição hospitalar da pesquisa a repensar sua maneira de ver e trabalhar com os indicadores, voltando-se para a discussão coletiva dos dados, assim como capacitando seus líderes hospitalares, quando o resultado de seus indicadores não forem os almejados ou quando não estiverem preparados para a utilização e discussão dos indicadores de qualidade do cuidado.

Uma limitação do estudo a ser considerada refere-se à não possibilidade de generalização dos resultados, pois estão limitados às características de um contexto específico, além disso são percepções de um grupo de enfermeiros-líderes de Unidades Assistenciais abertas. Sendo assim, sugere-se a realização de novos estudos, em busca de novas percepções e experiências em outros hospitais e em outras unidades.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Instituição Proponente

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INDICADORES DE QUALIDADE: FERRAMENTAS DO ENFERMEIRO-LÍDER PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO

Pesquisador: SIMONE COELHO AMESTOY

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51678715.4.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.405.172

Apresentação do Projeto:

Tem-se como objetivo conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade como ferramentas para o gerenciamento do cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva. Serão convidados a participar 12 enfermeiros que trabalham em unidades Assistenciais abertas, de um hospital da serra gaúcha. A coleta será realizada no período de janeiro a abril de 2016, por meio de entrevistas semi-estruturadas e grupo focal e para a análise dos dados será utilizada a proposta operativa de Minayo (2010). Para desenvolvimento da pesquisa será respeitado os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº. 466/121 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade como ferramentas para o gerenciamento do cuidado.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.405.172

Objetivo Secundário:

Identificar o conhecimento dos enfermeiros-líderes acerca dos indicadores de qualidade; Verificar como os enfermeiros-líderes utilizam os indicadores de qualidade no gerenciamento do cuidado;
Verificar as contribuições dos indicadores de qualidade para os enfermeiros-líderes no gerenciamento do cuidado;
Identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros-líderes em utilizar os indicadores de qualidade;
Averiguar as estratégias que auxiliam na utilização dos indicadores de qualidade no gerenciamento do cuidado do enfermeiro-líder.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Destaca-se que o estudo não acarretará riscos físicos aos participantes, porém, toda pesquisa que envolve seres humanos poderá desenvolver algum tipo de risco. Deste modo, poderá ocorrer exposição a riscos por envolver questionamentos subjetivos, como acanhamentos ou desconfortos no momento da coleta de dados. O potencial risco poderá ser minimizado por meio de orientações a respeito do estudo, e a interrupção da entrevista sempre que solicitado pelo participante.

Benefícios: A pesquisa trará benefícios aos participantes envolvidos no estudo, oportunizando refletir sobre o uso dos indicadores de qualidade no ambiente hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante e importante tema na enfermagem que é a qualidade do cuidado. Após as adequações sugeridas pelo CEP encontra-se em consonância com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - adequada
TCLE - adequado
Carta de anuência - adequada
Cronograma - adequado
Orçamento - adequado

Recomendações:

Devolução dos resultados da pesquisa para os serviços de saúde e comunidade científica.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

**FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



Continuação do Parecer: 1.405.172

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_636414.pdf	06/02/2016 13:55:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAnaBaoJan2016.pdf	06/02/2016 13:54:03	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/02/2016 13:52:52	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Outros	CurriculoSimoneCoelhoAmestoy.pdf	03/12/2015 08:57:06	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Outros	CurriculoAnaBao.pdf	03/12/2015 08:56:35	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	03/12/2015 08:44:48	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta.pdf	03/12/2015 07:47:35	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Orçamento	Scan_20151201_140346.jpg	03/12/2015 07:38:40	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Cronograma	Scan_20151201_140238.jpg	03/12/2015 07:37:29	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 09 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Instituição Coparticipante



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INDICADORES DE QUALIDADE: FERRAMENTAS DO ENFERMEIRO-LÍDER PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO

Pesquisador: SIMONE COELHO AMESTOY

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51678715.4.3001.5331

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.428.948

Apresentação do Projeto:

O presente Projeto de pesquisa intitulado INDICADORES DE QUALIDADE: FERRAMENTAS DO ENFERMEIRO-LÍDER PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO, da área de conhecimento 40000001 CIÊNCIAS DA SAÚDE, e da área temática especial de 40602001 SAÚDE PÚBLICA, do pesquisador principal Simone Coelho Amestoy, pertencente à instituição Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Da Universidade Federal De Pelotas, e sua orientanda Ana Cristina Pretto Bão, será desenvolvido no Hospital Nossa Senhora de Pompéia, da cidade de Caxias do Sul, RS.

Objetivo da Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa está vinculado à linha de pesquisa Saúde Mental e Coletiva, Processo do Trabalho, Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde e têm como objeto de estudo os indicadores de qualidade como ferramentas do processo de trabalho para o gerenciamento do cuidado do enfermeiro-líder, no cenário hospitalar. Neste estudo, considera-se como enfermeiro-líder, o profissional capaz de influenciar de forma construtiva os demais integrantes da equipe de enfermagem e saúde, com o intuito de qualificar o gerenciamento do cuidado.

A justificativa para a sua realização é identificar respostas para algumas lacunas encontradas no exercício da função da orientanda, que exerce a função de Coordenadora do Escritório da Qualidade no Hospital Nossa Senhora de Pompéia, desde 2009, e, também, pela necessidade e

Endereço: Av. Júlio de Castilhos, 2163 - 9º andar
Bairro: Centro **CEP:** 95.010-005
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3220-8086 **Fax:** (54)3220-8010 **E-mail:** cep01@pompeia.org.br



Continuação do Parecer: 1.428.948

importância da utilização dos indicadores de avaliação da assistência, visando garantir a qualidade do cuidado e o alcance de resultados positivos. O projeto está embasado em documentação e bibliografia pertinente.

O objetivo principal da pesquisa é conhecer o entendimento dos enfermeiros-líderes acerca da utilização dos indicadores de qualidade como ferramentas para o gerenciamento do cuidado.

E os específicos: Identificar o conhecimento dos enfermeiros-líderes acerca dos indicadores de qualidade; Verificar como os enfermeiros-líderes utilizam os indicadores de qualidade no gerenciamento do cuidado; Verificar as contribuições dos indicadores de qualidade para os enfermeiros-líderes no gerenciamento do cuidado; Identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros-líderes em utilizar os indicadores de qualidade e Averiguar as estratégias que auxiliam na utilização dos indicadores de qualidade no gerenciamento do cuidado do enfermeiro-líder.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores são qualificados, conforme currículos disponíveis do pesquisador responsável e da orientanda. Há documentação de compromisso dos pesquisadores e da instituição em cumprir os termos das resoluções do Conselho Nacional de Saúde (pag.33 do projeto). Estão definidos os responsáveis pelo atendimento, acompanhamento e recebimento dos sujeitos de pesquisa (TCLE). Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa informação, privacidade, recusa inócua, desistência, indenização, ressarcimento, continuidade do atendimento, acesso ao pesquisador e CEP, estão garantidos. Estão explicitadas as responsabilidades do pesquisador e da instituição.

Os procedimentos para a segurança da coleta de dados, para a segurança dos indivíduos, as medidas de proteção à confidencialidade são descritos de forma adequada.

Conforme descrito pelas pesquisadoras, destaca-se que o estudo não acarretará riscos físicos aos participantes, porém, toda pesquisa que envolve seres humanos poderá desenvolver algum tipo de risco. Deste modo, poderá ocorrer exposição a riscos por envolver questionamentos subjetivos, como acanhamentos ou desconfortos no momento da coleta de dados. O potencial risco poderá ser minimizado por meio de orientações a respeito do estudo, e a interrupção da entrevista sempre que solicitado pelo participante. As pesquisadoras elaboraram estratégias para minimizar o fato de que a entrevistadora principal, e que aplicará os instrumentos de coleta de dados, tem alguma ascendência funcional sobre os indivíduos pesquisados. Os benefícios aos sujeitos da pesquisa serão de que a pesquisa permitirá ao participante uma reflexão acerca da sua prática

Endereço: Av. Júlio de Castilhos, 2163 - 9º andar
Bairro: Centro **CEP:** 95.010-005
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3220-8086 **Fax:** (54)3220-8010 **E-mail:** cep01@pompeia.org.br



Continuação do Parecer: 1.428.948

profissional no cenário hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. Serão convidados a participar 12 enfermeiros que trabalham em unidades Assistenciais abertas, de um hospital da serra gaúcha. A coleta será realizada no período de janeiro a abril de 2016, por meio de entrevistas semi-estruturadas e grupo focal e para a análise dos dados será utilizada a proposta operativa de Minayo (2010). A metodologia para a busca dos objetivos é adequada e provavelmente será capaz de responder ao questionamento do projeto. A coleta dos dados se fará em dois momentos distintos: entrevista orientada e grupos focais moderados pela pesquisadora.

O tratamento tanto dos dados da pesquisa está bem descrito e definido. Para a análise dos dados elucidados durante as entrevistas e grupo focal será utilizada a proposta operativa de Minayo (2010), que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro inclui determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo denomina-se de interpretativo, no qual consiste o ponto de partida e o ponto de chegada da investigação, demonstrando o encontro com os fatos empíricos. Nessa etapa interpretativa temos duas fases: a ordenação dos dados e a classificação dos dados, esta última inclui a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados.

Na fase interpretativa, tem-se duas etapas, a saber:

Ordenação dos dados: etapa que engloba a transcrição dos dados obtidos por meio das técnicas de coletas de dados, releitura do material e organização dos relatos em determinada ordem.

Classificação dos dados: constituída pelas seguintes etapas:

- Leitura horizontal e exaustiva dos textos: primeiro contato entre a pesquisadora e o material do campo, por meio de leituras flutuantes.

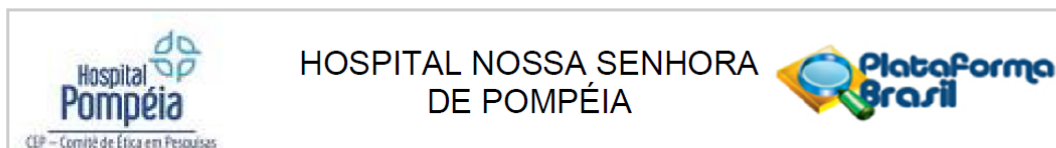
- Leitura transversal: nesta etapa serão separados os dados por temas, estabelecendo relações entre os mesmos. Aqui, o pesquisador separa as partes semelhantes, buscando perceber as conexões entre elas.

Análise final: Nesta etapa serão confrontados os dados obtidos com o referencial teórico adotado no estudo.

Relatório: apresentação dos resultados da pesquisa na forma de manuscritos.

Considerando que uma das pesquisadoras exerce a função de Coordenadora do Escritório da Qualidade do Hospital Nossa Senhora de Pompéia, e que está em uma posição hierárquica superior

Endereço: Av. Júlio de Castilhos, 2163 - 9º andar
Bairro: Centro **CEP:** 95.010-005
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3220-8086 **Fax:** (54)3220-8010 **E-mail:** cep01@pompeia.org.br



Continuação do Parecer: 1.428.948

aos indivíduos pesquisados, tendo ascendência funcional sobre esses, constatamos que a população alvo da pesquisa torna-se vulnerável nestas condições. Foram criados entretanto estratégias para minimizar este vulnerabilidade.

O plano de recrutamento está bem descrito e será realizado por dois dos pesquisadores envolvidos, sob supervisão do pesquisador principal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto segue as normas da ABNT – NBR 15287, que trata de projeto de pesquisa, neste caso dissertação de mestrado, contendo todos os elementos textuais e não textuais obrigatórios. A apresentação do projeto de pesquisa com identificação do pesquisador principal e todos os demais pesquisadores está disponível.

A Folha de Rosto está disponível e identifica de forma adequada o pesquisador responsável e os pesquisadores associados, a instituição proponente está bem identificada. O compromisso da instituição está assinado pela Diretora da Faculdade de Enfermagem da UFPEL, devidamente identificada pelo carimbo institucional. O título do projeto identifica de forma consistente o projeto. Está adequadamente redigido, embora apresente erros ortográficos e de gramática, os quais deverão ser corrigidos, informa adequadamente os propósitos e apresenta embasamento científico que a justifique. Há descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa com apresentação de material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia adequada ao estudo. Há solidez metodológica e não foram identificadas falhas metodológicas ou éticas. O TCLE não foi dispensado nesta pesquisa, é conciso e objetivo e específico para a mesma. Há informações claras sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido e quem irá tratar de obtê-lo, assim como a natureza das informações que serão fornecidas aos sujeitos da pesquisa. Sua linguagem é adequada ao nível sociocultural dos sujeitos de pesquisa. Há descrição suficiente dos procedimentos assim como dos riscos e desconfortos esperados. Os riscos ao qual a população pesquisada está sujeita são bem definidos e sua gravidade é avaliada. Os procedimentos para a segurança da coleta de dados, para a segurança dos indivíduos, as medidas de proteção à confidencialidade são descritos de forma adequada. As entrevistas gravadas e as transcrições ficarão sob custódia do professor orientador da pesquisa, em sua residência. Após cinco anos os documentos em papel serão incinerados e os arquivos virtuais que ficarão armazenados em dispositivos de armazenamentos móveis (pendrive e HD externo), serão formatados para que os dados sejam completamente excluídos. O mesmo acontecerá com as

Endereço: Av. Júlio de Castilhos, 2163 - 9º andar
Bairro: Centro **CEP:** 95.010-005
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3220-8086 **Fax:** (54)3220-8010 **E-mail:** cep01@pompeia.org.br



Continuação do Parecer: 1.428.948

narrativas gravadas e as transcrições do grupo focal. Os benefícios aos sujeitos de pesquisa são bem definidos. Não há exagero das expectativas de benefício e minimização dos riscos e desconfortos. Não está descrito que não haverá gastos nem ressarcimento aos sujeitos da pesquisa. Há orçamento detalhado com previsão de recursos, fontes e destino destes recursos definidos de forma clara e objetiva. O Curriculum Vitae do pesquisador principal e da orientanda está disponível na documentação apresentada à plataforma e estes têm capacidade técnica para a realização da pesquisa.

O documento de conhecimento, concordância e compromisso dos pesquisadores colaboradores, com o conteúdo do projeto está disponível no projeto e define claramente o real compromisso de todos os pesquisadores envolvidos com a idoneidade e transparência ética do projeto e com os demais documentos apresentados.

Recomendações:

Recomenda-se:

1. Revisão ortográfica e gramática do projeto.
2. Correção do cronograma deverá para ter início após a aprovação do CEP. O mesmo indica início em Janeiro, no entanto a postagem final dos documentos na plataforma foi em 06/02/2016 às 13h55min.
3. Deverá ser descrito no TCLE que não haverá gastos nem ressarcimento aos sujeitos da pesquisa.
4. Na bibliografia apresentada consta o autor: MAY, Tim. Pesquisa social: questões, métodos e processos. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed: 2004 o qual não aparece no corpo do projeto. O mesmo deverá ser retirado da bibliografia apresentada ou corrigida a referência no texto.

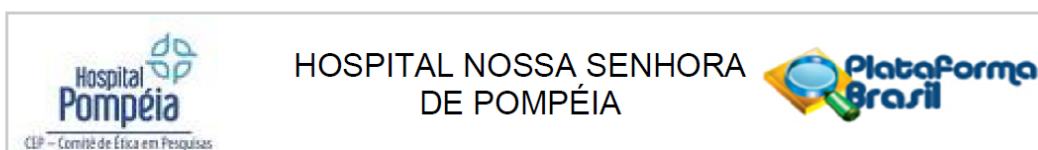
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A população alvo é vulnerável, e deverão ser usadas estratégias descritas para minimizar esta vulnerabilidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos ao Pesquisador que: O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado. Como trata-se de uma situação hierárquica dentro da instituição e de

Endereço: Av. Júlio de Castilhos, 2163 - 9º andar
Bairro: Centro **CEP:** 95.010-005
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3220-8086 **Fax:** (54)3220-8010 **E-mail:** cep01@pompeia.org.br



Continuação do Parecer: 1.428.948

razoável vulnerabilidade o pesquisador deve manter-se ciente de que não pode utilizar estas informações colhidas e analisadas - que são sigilosas - com qualquer outro intuito que não seja exclusivamente os objetivos descritos no projeto. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa exatamente conforme delineada no protocolo aprovado. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O pesquisador deve descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou e aguardar parecer para suspender a pesquisa. O relatório final, juntamente com a publicação em duas vias e em mídia eletrônica deverá ser entregue ao CEP ao término do estudo. A Interrupção ou término do projeto de pesquisa aprovado deverá ser comunicada ao CEP e este deverá encaminhar uma das seguintes classificações: Protocolo cancelado - quando a interrupção se der antes do início do recrutamento dos sujeitos da pesquisa ou da efetiva coleta de dados; Protocolo suspenso - quando a interrupção se der com a pesquisa em andamento; e Protocolo encerrado - quando o a pesquisa for finalizada após cumpridas todas as etapas previstas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_636414.pdf	06/02/2016 13:55:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAnaBaoJan2016.pdf	06/02/2016 13:54:03	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/02/2016 13:52:52	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_636414.pdf	03/12/2015 08:58:38		Aceito
Outros	CurriculoSimoneCoelhoAmestoy.pdf	03/12/2015 08:57:06	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Outros	CurriculoAnaBao.pdf	03/12/2015 08:56:35	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito

Endereço: Av. Júlio de Castilhos, 2163 - 9º andar

Bairro: Centro

CEP: 95.010-005

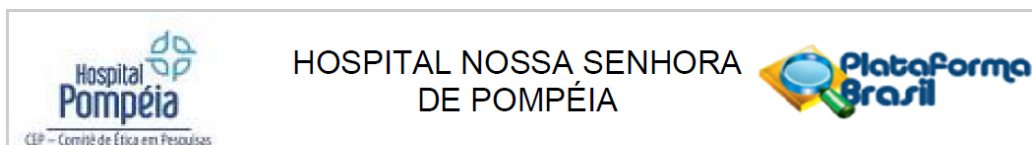
UF: RS

Município: CAXIAS DO SUL

Telefone: (54)3220-8086

Fax: (54)3220-8010

E-mail: cep01@pompeia.org.br



Continuação do Parecer: 1.428.948

Folha de Rosto	Folharosto.pdf	03/12/2015 08:44:48	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/12/2015 08:07:29	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta.pdf	03/12/2015 07:47:35	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	03/12/2015 07:45:25	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Orçamento	Scan_20151201_140346.jpg	03/12/2015 07:38:40	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito
Cronograma	Scan_20151201_140238.jpg	03/12/2015 07:37:29	SIMONE COELHO AMESTOY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAXIAS DO SUL, 29 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Osvaldo Simões Pires von Eye
(Coordenador)

Endereço: Av. Júlio de Castilhos, 2163 - 9º andar
Bairro: Centro **CEP:** 95.010-005
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3220-8086 **Fax:** (54)3220-8010 **E-mail:** cep01@pompeia.org.br