



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE - FUNDAÇÃO OSWALDO  
CRUZ  
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA  
AMAZÔNIA

CLARICE GEÓRGIA MONTEIRO DIAS E SILVA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA  
CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE  
REFERÊNCIA: PERCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES**

Belém-Pa  
2013

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586q

Silva, Clarice Geórgia Monteiro Dias e

Qualidade da assistência de enfermagem na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência: percepções e implicações / Clarice Geórgia Monteiro Dias e Silva ; Orientador: Prof. Dr. João Farias Guerreiro; Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Socorro Batista de Sousa. —, 2013.

76f.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas/ Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

1. Assistência de Enfermagem. 2. Qualidade. 3. Gerenciamento. I. Guerreiro, João Farias, *orient.* II. Sousa, Maria do Socorro Batista de Sousa, *co-orient.* III. Título.

CDD: 610.7361

CLARICE GEÓRGIA MONTEIRO DIAS E SILVA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA  
CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE REFERÊNCIA  
– PERCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas/ Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, com área de concentração em Determinantes biossociais do processo saúde e doença na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. João Farias Guerreiro.

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. M<sup>a</sup> do Socorro Batista de Sousa.

Belém-Pa  
2013

CLARICE GEÓRGIA MONTEIRO DIAS E SILVA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA  
CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE REFERÊNCIA  
– PERCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas/ Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, com área de concentração em Determinantes biossociais em saúde e doença na Amazônia.

**BANCA EXAMINADORA**

Profª Drª Maria do Socorro Batista de Sousa  
Instituto de Ciências da Saúde, UFPA (Presidente)

Profª. Drª. Ana Gracinda Ignácio da Silva  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, UEPA (1ª titular).

Profª. Drª. Ana Sofia Resque Gonçalves  
Instituto de Ciências da Saúde, UFPA (2ª titular).

Profª. Drª. Rosineide dos Santos Tavares  
Instituto de Ciências da Saúde, UFPA (3ª titular).

Avaliado em 13 de Setembro de 2013.

Aos meus filhos – *Maria Clara* e *Gabriel* – minha força, minha razão, minha alegria e tudo aquilo que faz minha vida mover-se para melhor.

À minha mãe – *Maria Izabel* – que desde muito cedo me ensinou a necessidade de ser responsável para com o trabalho e que a Fé sempre seria a base para superação das dificuldades.

## AGRADECIMENTOS

À *Deus*, Mestre maior, meu alicerce. Ele que esteve presente em todos os momentos deste processo. Ele que é sempre presente na minha vida. Toda a Honra, toda a Glória e todo Louvor sejam dados a Ele por mais esta vitória.

À minha família: meus pais, *Maria Izabel* e *Waldemar Marinho*; meu esposo, *João Paulo*; meus irmãos. Pela paciência, compreensão, apoio, incentivo, retaguarda. Meus agradecimentos mais profundos.

Aos meus amigos, sobretudo aqueles que diretamente me ajudaram nessa caminhada: *Loiani Miranda* (se não fosse você, eu não teria me inscrito no processo); *Andréa Lira*, *Marcilene Viana* e *Anne Caroline* (pela existência nesse mundo, pela amizade construída, por toda a motivação); *Roberto Figueiredo* (pela generosidade em muitos momentos); *Eliane Lobato* (pelas orações fervorosas, por existir e ser quem é); *Ana Cristina Moura*, *Adriana Oliveira* e *Elizabeth Pantoja* (chefes que compreenderam e apoiaram em momentos críticos); e todos os amigos que emanaram boas energias.

À *Ana Monteiro*, pela empatia, generosidade, compreensão e extrema tolerância nos momentos de tensão. Meu imenso “muito obrigado sempre”.

Ao Prof. Dr. *João Guerreiro*, pela flexibilidade, compreensão, provisão. Obrigada.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. *Maria do Socorro Batista*, não menos importante que os demais, cujo conhecimento, generosidade e competência tornaram possível esse estudo. De todas as bênçãos que Deus me concedeu nesse processo, ela foi uma das melhores. Palavras são poucas para expressar minha gratidão. Muito obrigada por tudo.

*“Se dois homens vêm andando por uma estrada, cada um com um pão, e, ao se encontrarem, trocarem os pães, cada um vai embora com um.*”

*“Se dois homens vêm andando por uma estrada, cada um com uma ideia, e, ao se encontrarem, trocarem as ideias, cada um vai embora com duas.”*

(Provérbio Chinês)

## RESUMO

As instituições devem agir na busca dinâmica de implementação de um sistema de gerenciamento de qualidade como desafio para consolidação de boas práticas. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, do tipo pesquisa-ação, com abordagem quanti-qualitativa, o qual buscou conhecer a percepção de processo de qualidade do gerenciamento na assistência de Enfermagem na clínica cirúrgica de um Hospital Universitário de referência, na cidade de Belém/Pará. Foram realizados grupos focais de 3 a 5 pessoas, em média, tendo conseguido abordar 38 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 31 profissionais de nível médio e 7 Enfermeiros. Os resultados foram exibidos em duas etapas. Na primeira foi realizada a caracterização da equipe de enfermagem, com o objetivo de conhecer possibilidades de vieses na adesão/rejeição de novos processos. Na segunda etapa, foram elencadas três categorias de análise de conteúdo - Percepção do papel da Enfermagem no processo de qualidade, Percepção das implicações de um processo de qualidade para a equipe de Enfermagem e Fatores de conduta da equipe x desempenho e resultados – onde pôde-se contextualizar os registros da equipe e daí conhecer seu entendimento acerca de um processo de mensuração de indicadores. A equipe expôs alguns desníveis de condução (conflitos interdisciplinares, insegurança, conflitos de relações) que podem interferir no bom desempenho do serviço, porém demonstrou interesse e motivação em aprender novos processos, que visem à melhoria da assistência prestada na unidade, agregada ao crescimento profissional. Durante o estudo, em alguns momentos a estrutura de relações na equipe sugere “problema em potencial”, dado oscilações pessoais de interpretação de condução ter impacto negativo direto no aprimoramento e melhoria de processos. Outrossim, o estudo ressaltou que as habilidades de liderança, técnicas e gerenciais representam o alicerce para o bom andamento do serviço e otimização dos processos.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem. Qualidade. Gerenciamento.

## ABSTRACT

Institutions must act in dynamic search of implementing a quality management system as a challenge to consolidation of good practice. This is a descriptive - analytical study, the research-action type, with quantitative and qualitative approach, which sought to understand the perception of the quality management process in nursing care in the surgical clinic of a university hospital referral in the city Belém / Pará. Focus groups 3-5 people, on average, successfully addressing 38 professional nursing team, with 31 mid-level and 7 nurses were conducted. The results were shown in two steps. In the first characterization of the nursing team, with the objective of learning possibilities for bias in compliance / rejection of new cases was performed. In the second stage, were listed three categories of content analysis - Perception of the role of nursing in the quality process, Perception of the implications of a quality process for nursing staff and Conduct team Factors x performance and results - which could - contextualize the team records and hence know their understanding of a process indicator measurement. The team exposed some gaps driving (interdisciplinary conflicts, insecurity and conflict relations ) that may interfere with the proper performance of the service, but demonstrated interest and motivation to learn new processes, aimed at improving the care provided in unit aggregated professional growth. During the study, at times the structure of relationships in the team suggests "potential problem" because personal interpretation of driving oscillations have a direct negative impact on the enhancement and improvement of processes. Furthermore, the study stressed that the leadership skills, technical and managerial represent the foundation for the smooth running of the service and process optimization.

**Keywords:** Nursing care. Quality. Management.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM POR FAIXA ETÁRIA, BELÉM, AGOSTO – 2013 .....	33
<b>TABELA 2</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR CARGO NA INSTITUIÇÃO, BELÉM, AGOSTO – 2013 .....	35
<b>TABELA 3</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM POR NÍVEL DE FORMAÇÃO, BELÉM, AGOSTO – 2013 .....	36
<b>TABELA 4</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFORME SEU TEMPO DE ATUAÇÃO NA CLÍNICA CIRÚRGICA, BELÉM, AGOSTO - 2013 .....	39
<b>TABELA 5</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM POR TURNO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS NA CLÍNICA CIRÚRGICA, BELÉM, AGOSTO – 2013 .....	41
<b>TABELA 6</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM SUA PROCEDÊNCIA AO TURNO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO, BELÉM, AGOSTO – 2013 .....	42
<b>TABELA 7</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE POSSUEM OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO, BELÉM, AGOSTO – 2013 .....	44
<b>TABELA 8</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUANTO AO TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO, BELÉM, AGOSTO, 2013 .....	45
<b>TABELA 9</b> – DISTRIBUIÇÃO DAS AVALIAÇÕES DOS ENTREVISTADOS DO NÍVEL MÉDIO ACERCA DA ESTRUTURA DE RELAÇÕES NA CLÍNICA CIRÚRGICA, BELÉM, AGOSTO – 2013 .....	48
<b>TABELA 10</b> – DISTRIBUIÇÃO DAS AVALIAÇÕES DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ESTRUTURA DE RELAÇÕES NA CLÍNICA CIRÚRGICA, BELÉM, AGOSTO – 2013..	50

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 BASES TEÓRICAS</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1 O contexto contemporâneo da enfermagem no gerenciamento de unidade</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2 A enfermagem como ferramenta de gestão para qualidade em saúde</b> .....	<b>17</b>
<b>2.3 Indicadores de interesse para a gerência</b> .....	<b>20</b>
<b>2.4 A subjetividade nas organizações</b> .....	<b>22</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>25</b>
<b>3.1 Sobre o estudo</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2 Cenário do estudo</b> .....	<b>25</b>
<b>3.3 Sujeitos do estudo</b> .....	<b>26</b>
<b>3.3.1 Dos critério de inclusão e exclusão do estudo</b> .....	<b>26</b>
<b>3.4 Coleta e análise dos dados</b> .....	<b>27</b>
<b>3.5 Aspectos éticos e legais</b> .....	<b>30</b>
<b>4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>31</b>
<b>4.1 Caracterização da equipe de enfermagem</b> .....	<b>33</b>
<b>4.2. Análise de conteúdo</b> .....	<b>51</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>66</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>70</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>72</b>
<b>APÊNDICE C</b> .....	<b>75</b>
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO CEP</b> .....	<b>76</b>



## 1 INTRODUÇÃO

As instituições de saúde devem agir em uma busca dinâmica na implementação de um sistema de gerenciamento de qualidade como desafio para consolidação de boas práticas, o qual proporcione a estruturação de serviços de saúde com foco no cliente, baseando-se em indicadores de gestão com monitoramento e avaliações sistemáticas permanentes. (LEÃO, 2008; KURCGANT; MELLEIRO; TRONCHIN, 2008).

Contudo, ao lidar com pessoas, a qualidade sempre caminha junto das atividades das organizações de saúde, tendo como preceitos a busca de melhores resultados no desenvolvimento de serviços voltados à promoção, prevenção e reabilitação de pessoas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua qualidade como um conjunto de atributos que incluem alto nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo de riscos ao paciente e alto grau de satisfação por parte dos usuários (FELDMAN, 2004; KURCGANT; CIAMPONE, 2005).

O processo de qualidade não se restringe apenas ao foco objetivo, mensurável – o qual é extremamente relevante e é o que torna possível a avaliação e reconhecimento de uma instituição – mas também perpassa pelo foco subjetivo, variável, no qual se almeja o empoderamento do processo de qualidade na assistência à saúde pelas pessoas que compõem a organização. Os resultados necessários são produzidos por pessoas – o objetivo gerado pelo subjetivo.

No trabalho gerencial, é evidenciado que ser gerente envolve a otimização de recursos em prol da qualidade. Desta forma, é colocado que os enfermeiros são responsáveis por gerenciar o seu serviço sob uma pressão cada vez maior para demonstrar bons resultados, otimizando os recursos finitos de que dispõem (GOMES et al, 2012).

Segundo Leão (2008), o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando, nos últimos anos, um novo imperativo: a *cultura* de gestão da qualidade dos serviços. Opina também que o atendimento das necessidades e de expectativas dos usuários nos serviços de saúde, de maneira eficiente e eficaz, tem sido questão norteadora dos pressupostos filosóficos e bases metodológicas, o que vêm orientando as ações nas organizações.

Seguindo suas colocações acerca do Sistema e qualidade, apontou que dos 7.543 hospitais, à sua época no Brasil, que compunham o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), somente 84 possuíam certificado da Organização Nacional de Acreditação (ONA), havendo um número mais reduzido de instituições certificadas pela *Joint Commission Internacional* (JCI).

Pôde-se indicar uma discrepância em nível nacional. Por outro lado, esta maior manifestava-se quando pensada em regiões específicas, tal como a região Norte, em que este quantitativo, possivelmente alcançaria uma das mais baixas percentagens. A hipótese não seria por não ter os serviços de saúde pautados em regimentações e/ou protocolos assistenciais baseados em boas práticas, mas, sobretudo, por seu quantitativo de publicações e registros oficiais estarem abaixo do ideal, inviabilizando a socialização de boas práticas alcançadas nesta região.

Diferente de vários anos atrás, em que existia uma modesta expectativa de que cada instituição prestasse *apenas* o melhor cuidado possível, hoje existe um interesse crescente também dos pacientes/usuários na transparência e melhoria da qualidade dos serviços de saúde (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MOURA, 2012, grifo nosso).

Para os autores, a Enfermagem desempenha papel central, como um elo no processo de atendimento ao paciente nos sistemas de saúde, exercendo condição essencial para a qualidade dos cuidados prestados e para a qualidade da assistência aos pacientes. Algumas expectativas em relação à qualidade do serviço de Enfermagem visam à identificação de falhas nos serviços de saúde, com o objetivo de antever Eventos Adversos (EAs) que podem resultar em complicações ou até mesmo na morte de pacientes em situações nas quais, muitas vezes, esses erros poderiam ter sido evitados.

Pessoas: elas não fazem somente parte da vida produtiva das organizações, como constituem o princípio essencial de sua dinâmica, conferem vitalidade às atividades e processos, inovam, criam, recriam contextos e situações que podem levar a organização a posicionar-se de maneira competitiva, cooperativa e diferenciada com clientes e/ou outras organizações. No setor hospitalar, os novos modelos de gestão têm exigido uma nova postura por parte dos gestores, no sentido de desenvolver novas competências que promovam a ampliação da visão da organização, otimização das ações e o reconhecimento das potencialidades dos profissionais que integram a equipe de saúde (DAVEL; VERGARA, 2012; GOMES et al, 2012).

Lidar com pessoas é função que demanda uma sensibilidade constante e a complexidade do assunto exige um contínuo aperfeiçoamento técnico. Muitos consideram as pessoas como recursos, alguns estudiosos preferem considerá-las como talentos. Talentos humanos são o que temos para ser desenvolvido, aproveitado e incentivado nas organizações. Mas a sociedade os denomina humanos e, assim, temos de seguir pensando em pessoas como capital ou, em outras palavras, como recursos humanos (RUTHES; CUNHA, 2009).

O Enfermeiro vem conquistando mudanças nas últimas décadas em sua atuação nas atividades dos serviços de saúde, em que um número significativo de enfermeiros tem assumido a função de gerente. Ao exercer a função de gerenciador deve ser definido qual o seu objeto de trabalho, sua finalidade e tem que refletir sobre questões que orientarão suas ações – Gerenciar o quê? Gerenciar para quê? Gerenciar por quê? E gerenciar pra quem? – fazendo um elo com o Sistema Único de Saúde (SUS), que direciona o modelo assistencial de saúde implantado em nosso país (CUNHA, 2008; HARADA et al, 2011).

Os indicadores clássicos de Enfermagem oficializados – quedas, flebites, úlceras por pressão, erro na administração de medicamentos – propiciam um patamar sólido de avaliação da sistemática da qualidade da assistência prestada. Indicadores novos igualmente tendem a fortalecer, como complementação e maior abrangência, os anteriores: dermatite perineal, gravidade de pacientes críticos e de casos crônicos. Por fim, os indicadores de treinamento, de ciência e tecnologia encerram um grande ciclo de diretrizes em que a Enfermagem, enquanto gerente, tem sido capaz de agir no âmbito do gerenciamento da saúde. (LEÃO, 2008).

Dessa maneira, busco entender qual a contribuição do processo de trabalho de Enfermagem da prática clínica, como também o impacto deste processo na percepção da equipe de Enfermagem, oportunizando o conhecimento e discussão de serviços de Enfermagem. Com o desenvolvimento do estudo, busco ampliar o conhecimento acerca da construção de processos de gerenciamento dos indicadores de qualidade da Enfermagem, a fim de conhecer os fatores que contribuem para a adequação ou não das condutas do profissional no contexto do gerenciamento e a percepção do processo vivenciado.

Baseada em minha vivência diária em cenário de prática da clínica cirúrgica, percebo que alguns fatores influenciam a prática do processo de trabalho em Enfermagem, para a qualidade ou não, porém não são bem percebidos no contexto da assistência. É “cultural” a ideia de que os Enfermeiros atuam nos serviços de saúde pública – produzindo informações, resultados e impacto na gestão em saúde – sem se apropriar de analisar indicadores presentes dentro da assistência prestada aos usuários do serviço. Essa forma “inapropriada” na condução de suas atividades pode culminar em “processos falhos” e/ou “produção subjulgada”. Com base nessas inquietações, este estudo teve como questões norteadoras: que fatores diminuem ou aumentam a qualidade da assistência de Enfermagem em clínica cirúrgica na visão de sua equipe? A qualidade da assistência de Enfermagem está relacionada com o comportamento da equipe? A qualidade está relacionada com o *Background* (a

formação, as experiências e os conhecimentos) das pessoas que compõem a equipe de Enfermagem?

O conhecimento científico retroalimenta a ação prática, além de constituírem um marco importante na evolução da prática profissional (FRANCO et al, 2010). A qualidade como um conceito abstrato e subjetivo, carece de subsídios concretos e consensuais para ser adotada como ferramenta de avaliação de decisões e ações gerenciais.

Dessa forma, faz-se mister pensar em qualidade em saúde traduzida em números absolutos, objetivos, que nos trazem vários indicadores de saúde e de assistência e com eles termos parâmetros para refletir as práticas nas instituições. Todavia, não menos relevante, é imprescindível valorizar a Educação das equipes, a qual promove debates, revisões, novas discussões e reavaliação contínua dos processos. Aprimoramento: imperativo no contexto atual dos nossos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O objetivo geral deste estudo foi o de conhecer a percepção dos profissionais de Enfermagem sobre a gestão da qualidade na assistência de Enfermagem da clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência, na cidade de Belém, no Estado do Pará. Desta forma, especificamente, buscou-se: discutir como esses profissionais percebem o uso de indicadores de qualidade de estrutura, processo e resultados; e relacionar o perfil profissional com a percepção de qualidade descrita.

## 2 BASES TEÓRICAS

### 2.1 O contexto contemporâneo da enfermagem no gerenciamento de unidade

O tema qualidade em saúde, desde 1950, vem sendo discutido e sua efetivação iniciada em 1970. O seu termo é amplo, pois se volta ao atendimento de necessidades e demandas de saúde de usuários e de profissionais dos serviços. Desta forma, a adoção de indicadores como instrumento de medição de qualidade em saúde tem sido essencial para medir quanti-qualitativamente com diferentes variações (LUONGO et al, 2011).

Indicadores são conceituados como medida quantitativa que pode ser usada para avaliar, monitorar a qualidade de cuidados providos a usuário e as atividades de serviço (HARADA et al, 2011).

O indicador é uma unidade de um evento ou atividade, geralmente segundo uma expressão matemática e que pode ser utilizada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade da assistência aos usuários ou às atividades de um serviço. Logo, é um sinalizador que identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos de resultados em uma organização, e deve ser periodicamente revisto (LEÃO, 2008; HARADA et al, 2011).

Para Donabedian, estudioso desde os anos 60 acerca do tema Qualidade da Saúde, esta se baseia na sistematização do conhecimento sobre as várias organizações de cuidado à saúde, especialmente no que tange à avaliação de qualidade e à monitorização dos serviços (D'INNOCENZO, 2010).

Deste modo, com a análise de necessidades e resolutividade de serviços de saúde e programas assistenciais, Donabedian consolida sua teoria afirmando que qualidade no cuidado de saúde é decorrente de *três fatores – estrutura, processo e resultados – e sete pilares – aceitabilidade, efetividade, eficácia, eficiência, equidade, legitimidade e otimização* - amplamente discutidos nas duas últimas décadas (LUONGO et al, 2011, grifo nosso).

Sistemas de gerenciamento da qualidade podem aumentar a satisfação e confiança dos clientes – além da produtividade – como também reduzir custos internos, melhorar a imagem e os processos de modo contínuo. Neste contexto, a Gestão da Qualidade Total (*Total Quality Management* – TQM) consiste em uma estratégia de administração orientada para criar a *consciência* da qualidade em todos os processos organizacionais, compondo-se de quatro etapas, que são: planejamento, organização, controle e liderança (HINRICHSEN, 2012, grifo nosso).

Segundo a autora, são objetivos da TQM: capacitação, equipe de solução de problemas, métodos estatísticos, reconhecimento do sistema e conhecimento de metas; tais objetivos acarretam em quebra de barreira em departamentos e melhoria contínua, porém podem ter como elementos de dificuldades o desajustamento da linguagem, nível de comprometimento e nível de profissionalização.

Corroborando com a autora, Rocha e Trevisan (2009) acreditam que, como parte importante que integra o sistema de saúde, a Enfermagem vem mais recentemente se ocupando da implantação e implementação da Gestão da Qualidade no gerenciamento do cuidado, pois é cada vez maior o entendimento de que só se poderá alcançar um padrão ótimo de assistência ao cliente se se buscar a qualidade.

Assim, os indicadores tornam-se instrumentos que implicam o conhecimento prévio da clientela e permitem direcionar os serviços para que possam atingir os níveis de excelência na assistência prestada e aumenta a produtividade com a redução de custos. Em contrapartida, devem igualmente ser utilizados para a promoção e engrandecimento da equipe assistencial, como estratégia de agregação, bem como de empoderamento dos processos por cada profissional.

De acordo com Passos; Ciosak (2005), o processo gerenciar em Enfermagem tem sido fortalecido por quatro pilares: *organização do trabalho, planejamento, negociação e liderança* (grifo nosso), o que configuram instrumentos para atuação do profissional durante seu processo de trabalho. Corroborando com os autores, Malagutti; Caetano (2009), o gerenciamento abrange os processos administrativos e clínicos, sendo que o administrativo relaciona-se com a coordenação de recursos para atingir alguns fins na instituição. O gerenciamento clínico diz respeito à coordenação da assistência prestada ao usuário no atendimento de suas necessidades.

Karou Ishikawa dizia que *só se gerencia aquilo que se mede* e para que isso ocorra, muitos são os caminhos a serem percorridos e muitos, também, são os desafios (HINRICHSEN, 2012, p.49). Assim, pode-se dizer que um processo organizacional é um processo empírico e evolutivo, onde não é possível estabelecer princípios e teorias absolutos, mas é preciso ter sequência, memória para ser repetido, de forma correta e uniforme, por todos os envolvidos. E para se garantir bons resultados, torna-se fundamental que primeiro se tenha liderança, segundo o conhecimento técnico, e terceiro o método.

No contexto da qualidade, ferramentas são entendidas como práticas que levam à manutenção ou melhorias nas instituições. São técnicas utilizadas para definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho do processo

de trabalho. Seu uso para o gerenciamento da qualidade deve fazer parte do cotidiano das pessoas, para subsidiá-las em seus inúmeros afazeres (D'INNOCENZO, 2010).

É preciso saber buscar as ferramentas que respondam aos indicadores como instrumento de avaliação, processos de comunicação na gestão de pessoas, informação como instrumento de gerenciamento, e de acordo com as necessidades e complexidade da organização (BALSANELLI et al, 2011).

Kurcgant et al (2009) relata que a experiência no uso de indicadores, ainda é empírica não sendo percebida como uma ferramenta gerencial conectada a uma base de conhecimentos científicos, o que evidencia o caráter processual em que se encontra a construção e a validação de indicadores como ferramenta de gestão de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem.

Corroborando com a autora, Franco et al (2010) relata que a utilização de ferramentas de qualidade, no cotidiano da equipe de Enfermagem, fomenta a adesão e aprovação do uso de indicadores, culminando em uma prática de melhoria assistencial.

## **2.2 A enfermagem como ferramenta de gestão para qualidade em saúde**

A Enfermagem está intrinsecamente relacionada com vários aspectos da assistência, pois atua na previsão e provisão de materiais e artigos, executa e avalia continuamente as condutas terapêuticas, possui participação direta ou indireta em todos os procedimentos executados para com o paciente, dentre outras ações. Seu papel, se bem estruturado, pode ser visto como “elo” da multidisciplinaridade, fomentando a interdisciplinaridade e subsidiando novas tomadas de decisão acerca das condutas a serem tomadas, bem como podem direcionar o gerenciamento da unidade, dado suas ações diretas possuírem inter-relação com as demais categoriais (MALAGUTTI; CAETANO, 2009; CULLUM et al, 2010).

Segundo Leão (2008), indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem são utilizados como ferramentas que auxiliam na vigilância da qualidade e na identificação de oportunidades de melhoria. Assim, pode-se pensar que resultados objetivos não se constituem em “armas” para confrontos de egos, nem para subsidiar embates entre a equipe multidisciplinar – pautados muito mais em oscilações de humor e preferências, que em busca pela melhoria de resultados obtidos.

O autor acima considera que Indicadores são ferramentas que nos propiciam compreender o desempenho da assistência. Ao administrar uma unidade hospitalar, requer ao Enfermeiro competências específicas, que são traduzidas em seus conhecimentos, habilidades

e atitudes, uma vez que determinam a capacidade de analisar uma situação, apresentar soluções e resolver os problemas, promovendo inovação e competitividade das Instituições.

O grande horizonte na Enfermagem é o cuidado prestado com qualidade, havendo de se considerar os recursos físicos, materiais e humanos. Assim é possível construir instrumentos reguladores da assistência de Enfermagem baseados nos componentes da estrutura, de processo e de resultado ao considerar padrões de uma dada realidade (HARADA et al, 2011).

Há três tipos de habilidades fundamentais a quem administra: a) *a habilidade técnica*: que se baseia em utilizar conhecimentos, métodos, técnicas e equipamentos para execução das tarefas por meio da experiência profissional – relaciona-se com o fazer, por meio de sua instrução, experiência e educação; b) *a habilidade humana*: que se caracteriza pela capacidade e pelo discernimento de trabalhar com pessoas em equipe – lida com a interação entre pessoas e envolve a capacidade de se comunicar, motivar, coordenar, liderar e solucionar conflitos pessoais ou grupais, visando cooperação, participação e envolvimento das pessoas; c) *a habilidade conceitual*: que se constitui na capacidade para lidar com ideias e conceitos abstratos e está ligada a pensar, raciocinar, diagnosticar situações e formular alternativas de solução para os problemas – é perceber oportunidades nas situações em que ninguém enxerga coisa alguma (LEÃO, 2008; HINRICHSEN, 2012).

Rocha e Trevizan (2009) nos dizem – sobre o início da avaliação da qualidade nos serviços de saúde brasileiros – que esta iniciou com o Programa de Padronização Hospitalar, elaborado pelo Colégio Americano de Cirurgiões, em meados de 1924. Evoluindo ao longo do tempo até a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que tem como objetivos a implantação e implementação de processo permanente de melhoria da assistência à saúde, estimulando os serviços a atingirem padrões mais elevados de qualidade.

A ONA, no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, descreve a progressão de padrões de qualidade para a equipe de Enfermagem como disposto a seguir (BRASIL, 2003, p. 53-55):

- Nível 1 (padrão de estrutura) - A Enfermagem conta com Responsável Técnico habilitado; os procedimentos e controles dos pacientes internados são registrados no prontuário; a distribuição da equipe consta de escala de acordo com a habilitação requerida, ajustada às necessidades do serviço;
- Nível 2 (padrão de processos) - Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s), disponível(is) e aplicado(s); desenvolve suas ações baseadas em procedimentos voltados para a melhoria de processos assistenciais; dispõe de um programa de capacitação e educação continuada; as ações de enfermagem são auditadas através de registros no prontuário; dispõe de estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial;

- Nível 3 (padrão de resultados) - Participa ativamente do modelo assistencial, baseado em enfoque multiprofissional e interdisciplinar; integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistema de análise da satisfação dos clientes internos e externos e de avaliação do serviço; sistema de informação baseado em dados e indicadores que permitam análises comparativas com referenciais e monitoramento de resultados.

Dessa forma, o processo de implantação de indicadores de assistência de Enfermagem requer atenção especial à formatação das práticas de educação, as quais possam configurar a luta que é o trabalho em saúde com qualidade. Expor dificuldades e conflitos faz-se necessário, uma vez que se pretende alcançar a equipe de Enfermagem como um todo – Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem. A finalidade não é desmotiva-los; é direcionar toda uma equipe para *o que fazer* com os resultados obtidos, onde sempre será possível aprimorar e superar metas estabelecidas, desde que compromisso e responsabilidade sejam compartilhados continuamente entre a equipe, fato que eleva o conceito de uma unidade, mas, sobretudo, da equipe que a compõe (LOMBARDI et al, 2009).

Tais habilidades requerem competências pessoais distintas, pois analisar uma situação, apresentar soluções e resolver os assuntos ou problemas, constitui-se o maior patrimônio pessoal do administrador, sendo a este conceito atribuído o termo *capital intelectual*. Contudo, por serem de um nível alto de exigência, essas competências acabam por tornarem-se pouco natas, incomum no meio, podendo tornar-se empecilhos no alcance de metas de maior projeção, ficando estas últimas, portanto, comprometidas.

É necessária a formatação desse processo para aperfeiçoá-lo. Essa avaliação deve refletir a prática em questão, com análise dos fatores de risco ou desencadeantes, comparação, compartilhamento de conhecimentos, identificação de falhas e problemas, considerações sobre como melhorá-la por meio de formulação de ações, implementação de mudanças, promoção e disseminação dos progressos e resultados (POLIT; BECK, 2011).

Para o enfermeiro, um dos profissionais envolvidos na educação em saúde, a atividade educativa está tão relacionada ao cuidar em enfermagem que está prevista na legislação do exercício profissional. É também responsabilidade desse profissional investir em formas que aperfeiçoem suas intervenções educativas, com o uso de estratégias de aprendizagem que melhorem a quantidade e qualidade dos resultados (CUNHA, 2005).

As informações nos processos de saúde, por sua vez, só agregam valores à medida que se transformam em forças mobilizadoras, capazes de provocar co-análises e co-decisões em grupos que, mesmo com diferentes saberes e diferentes características, se envolvem em

um único objetivo de realização e progresso, fomentando autonomia e protagonismo de coletivos (LOMBARDI et al, 2009).

Logo, os indicadores de assistência de Enfermagem são mensurados pela mesma, porém são base para toda a equipe multidisciplinar, criando conscientemente um ambiente no qual todas as pessoas que compõem o serviço tenham igual parcela na contribuição, na participação e, acima de tudo, no progresso de seu desempenho.

### **2.3 Indicadores de interesse para a gerência**

Malagutti e Miranda (2011) descrevem que para a Enfermagem é exigida qualidade nos procedimentos técnicos e de segurança para o paciente. Nas instituições, os enfermeiros devem ser multiquificados e multifuncionais, pois – desde Florence Nightingale e Anna Nery – prestam, na maioria das vezes, os cuidados mais complexos e administram os demais cuidados, dado não existirem enfermeiros suficientes para o “cuidar direto”.

Os enfermeiros devem dominar a linguagem da informática e das máquinas de alta tecnologia, possuir raciocínio rápido e abstrato, ter iniciativa, ser criativos, dentre outros atributos classicamente atribuídos à categoria, além de possuir traços de líderes para formarem verdadeiros times. Para alcance desse nível de excelência, faz-se necessária uma educação transdisciplinar em que se problematize a realidade, permitindo que o profissional possa acompanhar as mudanças e estar conectado ao mundo global (FRANCO et al, 2010).

No desempenho da função de gerenciamento, o Enfermeiro vale-se da comunicação a todo o momento, para interagir com pequenos grupos – tais como: a equipe de enfermagem, a rede organizacional, dentre outras – e ao desempenhar a função técnica, a competência em comunicação tem de ser associada à competência clínica, no mesmo nível de importância. Desta forma, o paciente será privilegiado com cuidado de alta qualidade científica, como também humanitária, propiciando-lhe o direito de saber o que lhe está sendo feito, o por quê e para quê (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

A qualidade do cuidado, do tratamento e dos serviços depende da coordenação e da comunicação do plano de cuidado entre a equipe de atendimento à saúde, com o objetivo de otimizar recursos e proporcionar segurança ao paciente (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2008, p.14). A equipe de Enfermagem consiste dos principais profissionais de cuidados de saúde com os quais o paciente terá mais contato, estando cientes, se não

envolvidas, na maior parte das atividades que afetam os pacientes, agindo assim em benefício das demais categorias, dado sua posição de controladora de acesso.

Leão (2008) discorre que, diante das inúmeras atividades da área da saúde, os profissionais assumem, por meio da prática, a função de recuperação e preservação da vida e do bem-estar do paciente, utilizando-se de recursos com a finalidade de manter uma padronização dos procedimentos executados. Desta forma, a assistência seria prestada de forma sistematizada e individualizada, em busca constante de resultados positivos, isentos de falhas ou riscos.

Contudo, estabelecer a isenção de falhas acarreta em algo inimaginável para equipe. Seria possível? Seria bom pra quem? Quanto esforço custaria? Gerir esses questionamentos e motivar transformações pessoais são grandes desafios. Factíveis, de certo, porém que necessitam de estruturação e fundamentação adequadas (D'INNOCENZO et al, 2010).

Carvalho (2011), corroborando com os demais autores, afirma que aprender com erros ou possíveis falhas serve para a melhoria, não apenas de processos, mas também para incentivar as mudanças nas organizações e influenciar o modo como elas se comportam diante dos fatores inesperados.

Segundo as resoluções da JCI (2009), a segurança e a qualidade do atendimento fornecido em instituições de saúde dependem de toda a estrutura organizacional como sistema. Equipes assistenciais organizadas desempenham um papel de liderança nas atividades de melhoria de desempenho em toda a organização, a fim de aprimorar a qualidade do cuidado, do tratamento e dos serviços. Esses processos incluem, mas não se limitam a: avaliação médica e tratamento de pacientes, uso de medicamentos, uso de sangue e derivados, desvios significativos dos padrões de prática clínica pré-estabelecidos, adequação dos padrões de prática clínica, dentre outros.

Em 2008, para área hospitalar, a JCI define como metas e requisitos de conformidade: identificar corretamente o paciente, melhorar a eficácia da comunicação, melhorar a segurança para medicamento de alto risco, reduzir o risco de danos aos pacientes decorrentes de quedas. A avaliação dessas metas tem por objetivo identificar o descumprimento dos requisitos, em algum ponto do processo.

Com o objetivo de proporcionar a segurança e qualidade dos processos e estabelecer um programa abrangente para a assistência, surgem as políticas de gestão de risco, utilizando-se de experiências internas e externas para agregar informações relacionadas às situações de possíveis danos. A gestão de risco ou gerenciamento de riscos é a prática de identificar e

analisar os riscos e tomar as medidas necessárias para minimizar as perdas potenciais ou reais (LEÃO, 2008).

Um dos pilares dos processos da gestão de risco é influenciar positivamente a investigação/mensuração de ocorrência de erro como ferramenta de qualidade na assistência. Indicadores podem e devem ser utilizados como ferramenta para auxiliar o gerenciamento da qualidade, posto que são medidas quantitativas relacionadas a estruturas, processo e resultados da atenção em saúde (KURCGANT; CIAMPONE, 2005).

Para os serviços de saúde, em geral, é possível empregar os indicadores que analisem as várias dimensões da qualidade propostas por Donabedian – os sete pilares: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Um modelo lógico pode ser composto por vários elementos, sendo, em sua maior parte, as atividades, os insumos (*input*) ou produtos (*output*) e os efeitos (*outcomes*) imediatos, a médios e longos prazos. Tal modelo deve permitir um conjunto de indicadores de avaliação, sendo que, em cada fase do modelo, são construídos indicadores para que os dados e as informações existentes possam ser utilizados de modo sistemático, no entendimento do fenômeno e mensuração do impacto das ações (D'INNOCENZO et al, 2010; LUONGO et al, 2011).

Deste modo, mensuração de eventos de não-conformidades assistenciais, pertinentes ao gerenciamento de assistência de Enfermagem, permite a construção dos seguintes indicadores (problemas): relacionados à medicação (PRM), relacionados à hemoterapia (PRH), relacionados à flebite, relacionados à dermatite perineal (DP), relacionados a ulcera por pressão (UP), relacionados à queda de pacientes e absenteísmo, dentre outros.

## **2.4 A subjetividade nas organizações**

Focando na questão da subjetividade, talvez uma das frases mais conhecidas e, portanto, mais populares, que remete à questão da subjetividade, seja o "conhece-te a ti mesmo", adotado por Sócrates, filósofo grego. Ao contrário dos que o antecederam, que privilegiavam a natureza, esse filósofo coloca o Homem no cerne de suas preocupações, cujo principal objetivo era levar a pessoa ao “conhecimento verdadeiro”, iluminador da conduta correta (ainda que esse conhecimento nem sempre fosse alcançado), pressupondo um mergulho da pessoa em seu interior (DAVEL; VERGARA,2012).

Santos et al (2011), por reconhecer que um processo histórico não se dá linearmente ou de forma brusca, tendo em vista que a história é constituída por avanços, retrocessos, acontecimentos concomitantes, e ainda momentos transitórios, descreve uma visão

macroscópica de marcos históricos da ciência, os quais foram base para o direcionamento das práticas nas mais diversas áreas.

O mesmo autor relata que o positivismo teve suas bases no iluminismo, mas foi semeado ainda no Renascimento, quando ressurgiu a ideia da ciência racionalista da antiguidade. Em 1620, Bacon destacou o cunho utilitarista do conhecimento científico, apresentando um método de características práticas, o método indutivo. Descartes, em 1630, reafirmou a ideia do conhecimento científico originário de um rigoroso processo metodológico, enfatizando a ideia da produção do conhecimento a partir da razão. Com o anúncio deste modelo analítico, denominado posteriormente de reducionista, a busca pelo conhecimento passou ser orientada pelo estudo das partes que, ao serem unidas, fornecem uma visão do todo, modelo entendido nesse período como um mecanismo facilitador da produção do conhecimento.

Prosseguindo, no início do século XIX, Augusto Comte estendeu esses preceitos às ciências sociais ao declarar que há uma ordem natural imutável, através da qual o cientista social deve se pautar na geração do conhecimento, alimentando a ideologia da neutralidade científica. A partir do século XX, o paradigma dominante entra em crise, passando a ser questionado, sobretudo, a partir da Teoria da Relatividade de Albert Einstein e da Teoria Quântica de Max Planck, desmistificando a ideia do conhecimento científico indubitável. A revolução científica iniciada pela física no século XX e a crítica à ciência no pós-guerra convergem a uma crise de verdades e de compreensão da realidade, que gera um descontentamento quanto às concepções e aos métodos existentes de observar o mundo e de fazer sentido nele, processo que dá origem a outras ideias e perspectivas.

Desta forma, contextualizando o histórico de produção científica com a atuação da Enfermagem, o processo do trabalho em saúde e seus paradigmas exigem do enfermeiro clareza dos seus limites de atuação, intervenção e habilidade para construir conhecimento novo, que promova a inovação da produção em saúde, atendendo às necessidades do serviço, da comunidade e do fortalecimento da própria categoria profissional, enquanto prática social historicamente constituída. É premente a necessidade de novos princípios norteadores da prática científica, os quais vêm emergindo na ética, na sustentabilidade ambiental, na interdisciplinaridade, na valorização da complexidade, no respeito à subjetividade, à cultura e aos saberes alternativos.

Assim, corroborando com o pensamento dos autores, como a subjetividade, normalmente atrelada ao "ser", tanto quanto a objetividade, normalmente atrelada ao "ter", merece atenção na gestão organizacional? O modo "ter" (possuir) origina-se do fator

biológico do desejo de sobrevivência, enquanto o modo ser (partilhar) é impulsionado pelas condições específicas da existência humana e pela necessidade inerente de ultrapassar o isolamento e socializar-se (DAVEL; VERGARA, 2012).

Piganiol-Jacquet (apud DAVEL e VERGARA, 2012), no diz que teorias e textos produzidos pela e para a administração sugerem que a subjetividade é, ao mesmo tempo, uma força atuante e uma causa. Ela não se reconhece somente num “eu” individual, como também em um “nós” e em uma intersubjetividade. Gestão de pessoas é, então, uma construção social baseada em uma visão particularizada de organização e de pessoa, variando no tempo e no espaço.

Considerando a *análise foucaultiana* das práticas de gestão de pessoas, esta tem, como foco central, a questão da relação entre conhecimento e poder. Baseando-se na obra de Michel Foucault, Townley (apud DAVEL e VERGARA, 2012) indica a importância de examinar as práticas de gestão de pessoas para ver como elas estruturam as relações sociais na organização, em vez de utilizar-se um modelo idealizado para identificar essas práticas. Para Foucault, o indivíduo é continuamente construído pelas relações sociais, discursos e práticas, ou seja, constituído pela relação conhecimento-poder.

A perspectiva foucaultiana lembra que o indivíduo não é algo dado; ele é sempre produto das técnicas sociais do poder, via processos de objetivação e subjetivação. Práticas de gestão de pessoas, como avaliação de *performance*, construção de carreira, diferentes tipos de avaliação ou “objetivos e bônus” são analisados como tecnologias disciplinares que permitem serem as pessoas classificadas, medidas e ordenadas em uma sequência particular. Trata-se de dispositivos que observam e avaliam as pessoas, criando líderes e seguidores, selecionados e candidatos, avaliados e avaliadores (DAVEL e VERGARA, 2012).

No ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem é fundamental para um programa de qualidade, devido à expressiva quantidade de profissionais e por sua atuação direta e permanente com os clientes internos e externos. A enfermagem interage com todas as áreas de apoio, com autonomia e corresponsabilidade, por meio de instrumentos da estrutura organizacional, como regimento interno, organograma, rotinas, sistemas de comunicação e controle (MANZO et al, 2012).

Gomes et al (2012) diz que no setor hospitalar, os novos modelos de gestão têm exigido uma nova postura por parte dos gestores, entre eles a enfermeira, no sentido de desenvolver novas competências que promovam a ampliação da visão da organização e o reconhecimento das potencialidades dos profissionais que integram a equipe de saúde.

Todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado devem participar do desenvolvimento e implementação dos processos avaliativos em razão de legitimá-lo e garantir um maior envolvimento na busca pela qualidade. A ferramenta disponível para se avaliar o cuidado em saúde são os indicadores de qualidade (RODRIGUES et al, 2012).

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Sobre o estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório, do tipo estudo de caso. Na pesquisa qualitativa, o social é visto como um mundo de significados passível de investigação (nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores), sendo a linguagem dos atores sociais e suas práticas – pela linguagem comum e na vida cotidiana – as matérias-primas dessa abordagem (TEIXEIRA, 2011).

Polit; Beck (2011) definem pesquisa exploratória como aquela que começa com um fenômeno de interesse, onde além de observá-lo e descrevê-lo, também investiga sua natureza, o modo como se manifesta e outros fatores relacionados, incluindo aqueles que talvez sejam sua *causa*.

Gil (2010) conceitua estudo de caso como um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos. Corroborando com o autor, Polit; Beck (2011) acrescentam que os estudos de caso fornecem aos pesquisadores oportunidades de adquirir um conhecimento íntimo da condição, dos sentimentos, das ações (passadas e presentes), das intenções e do ambiente da pessoa.

#### 3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na unidade da clínica cirúrgica do Hospital Universitário “João de Barros Barreto” (HUJBB), no município de Belém, Estado do Pará e da Região Norte. A Instituição é considerada de referência no Estado no tratamento de Doenças Infecções Parasitárias (DIP), Saúde do Idoso e Programa de Tuberculose (TB), tendo sua infraestrutura em forma da letra H, divide-se, dessa forma, em Alas Leste e Oeste. Assim, sua porção assistencial é dividida nas seguintes clínicas: Oeste: Clínica Cirúrgica (2º andar); Clínica Doenças Infecções Parasitárias (DIP) /Pneumologia (3º andar); Clínica Pneumológica (4º andar – em reforma); Clínica Médica (5º andar); Leste: Clínica Pediátrica (2º andar); Clínica Doenças Infecções Parasitárias – DIP (3º andar); Clínica Pneumológica (4º andar); Repouso dos Plantonistas (5º andar).

A clínica cirúrgica do HUJBB é composta de 34 leitos de enfermagem, sendo 14 femininos e 20 masculinos, e 04 leitos de unidade de recuperação, onde são alocados os

pacientes críticos da unidade. Os usuários admitidos na clínica cirúrgica do HUIBB são necessariamente vinculados ao acompanhamento do ambulatório de cirurgia. Logo, para realização de cirurgias e/ou acompanhamento de especialidades cirúrgicas, os usuários são referenciados das unidades de origem (via Central de Regulação de Leitos) ao ambulatório de cirurgia do HUIBB, conforme especificidade de área, para avaliação, definição terapêutica (programação cirúrgica) e acompanhamento de retorno. Assim sendo, o gerenciamento das internações é efetuado pelos grupos cirúrgicos, sendo estes os responsáveis pelo acionamento dos usuários, competindo ao setor de triagem da instituição apenas efetivar o processo de internação hospitalar mediante apresentação de AIH, preenchida pelos médicos especialistas e/ou residentes que compõe o grupo cirúrgico do HUIBB.

### **3.3 Sujeitos do estudo**

Foram sujeitos do estudo os profissionais que compõem a equipe de enfermagem da clínica cirúrgica do hospital universitário, que é composta de 52 profissionais, sendo 10 (dez) de nível superior de atuação – enfermeiros – e 44 de nível técnico de atuação – auxiliares e técnicos de enfermagem – divididos nos três turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno), sendo ao todo cinco equipes.

A equipe de enfermagem no HUIBB é composta por mais de um tipo de vínculo empregatício: Regime Jurídico Único (vinculados à União – Universidade Federal do Pará – UFPA – e Ministério da Saúde - MS), Estatutário (vinculados ao Estado – Secretaria de Saúde do Estado do Pará – SESP) e Celetista (contratados pela Fundação de Amparo de Desenvolvimento de Pesquisa – FADESP). Não há distinção na prestação de serviços de acordo com o tipo de vínculo dos profissionais, dessa forma, as mesmas atividades e práticas assistenciais são desenvolvidas por profissionais de enfermagem de vínculos diferentes. Contudo, há diferença salarial e de benefícios entre cada vínculo, na clínica cirúrgica do HUIBB existem profissionais vinculados à UFPA e à FADESP.

#### **3.3.1 Dos critérios de inclusão e exclusão do estudo**

Na clínica cirúrgica do HUIBB, como já mencionado, a equipe de enfermagem é composta de 52 profissionais na sua totalidade, sendo 10 enfermeiros e 42 auxiliares/técnicos de enfermagem. Foram incluídos no estudo 38 profissionais de enfermagem (86% do total

efetivo da equipe), sendo 07 enfermeiros e 31 auxiliares/técnicos de enfermagem, os quais são membros efetivos e ativos da clínica, aceitando fazer parte do estudo.

Foram excluídos do estudo dois enfermeiros – um na condição de autor do mesmo e um devido licença para capacitação – e 06 técnicos, os quais se encontravam de férias ou licença médica no período de coleta de dados. Não quiseram participar do estudo seis profissionais, sendo um enfermeiro e cinco auxiliares/técnicos de enfermagem.

Todos os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido garantido seu anonimato, sendo identificados neste estudo pelos seguintes códigos: Auxiliares de enfermagem (A<sub>1</sub> a A<sub>12</sub>); Técnicos de enfermagem (T<sub>1</sub> a T<sub>19</sub>); e Enfermeiros (E<sub>1</sub> a E<sub>7</sub>).

### **3.4 Coleta e análise dos dados**

Após emissão do Parecer Consubstanciado do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) de nº 223.867, concedendo aprovação para o desenvolvimento do estudo, a coleta de dados foi realizada nos meses de Março – Abril/ 2013, sendo composta das etapas a seguir.

#### **ETAPA 1 – PLANEJAMENTO: subdividido em duas fases:**

a) 1ª fase: Planejamento de coleta de dados: foram agendadas no Centro de Estudos da Instituição programações interativas para os sujeitos, sob o método de grupo focal. Para Pope; Mays (2009), os grupos focais constituem um tipo de entrevista em grupo que valoriza a comunicação entre os participantes da pesquisa a fim de gerar dados. São explicitamente projetados para valorizar a integração grupal para fornecer tipos distintos de dados. Também têm sido usados para explorar assuntos como as respostas dos profissionais às mudanças na organização administrativa e para descobrir maneiras de aperfeiçoar o desenvolvimento profissional.

Assim, a estratégia foi pensada com programação de tempo máxima de 60 (sessenta) minutos, para realização de exposição, bem como aplicação simultânea de instrumento – a serem ministradas por esta autora, com conceitos teóricos e práticos acerca da estruturação de processos de qualidade em instituições de saúde, bem como compartilhamento de ações executadas em outras instituições (adquiridas através de suas publicações), fomentando opiniões favoráveis e contrárias às formas sugeridas de aplicação.

O instrumento aplicado tratou-se de um formulário semiestruturado, a ser respondido ao longo da programação interativa pelos profissionais participantes da pesquisa, com perguntas abertas e fechadas, conforme apêndice B. Pope; Mays (2009) descrevem que a pesquisa qualitativa possibilita observar as pessoas em seu território, assim implicar o encadeamento entre observar, juntar-se a elas (observação participante), conversar com as pessoas (entrevistas, grupos focais e conversas informais) e ler o que elas descreveram.

Tal instrumento de coleta foi criado partindo de subsídios da literatura acerca dos temas: Gestão de pessoas, Gestão de riscos e Indicadores de qualidade da Assistência de Enfermagem. Hunter (2006), em sua obra intitulada *Como se tornar um líder servidor*, teve adotada neste estudo sua sugestão de autoavaliação, inspirou parte desta composição, no que tange a proposta de *gerenciar coisas e liderar pessoas* (grifo nosso).

Os profissionais foram convidados com antecedência a participar do estudo, na saída de seus turnos de trabalho, tendo sido agendadas cinco datas, para cinco grupos focais compostos das cinco equipes assistentes. Contudo, a demanda espontânea desses profissionais fora do turno de trabalho não foi expressiva.

Desta forma, a coleta de dados necessitou de reprogramação de sua estratégia. Sem abrir mão da pretensão de executar os grupos focais, a exposição interativa teve seu tempo ajustado para 40 min, na apresentação de conferência gravada em vídeo, cuja temática foi intitulada *Indicadores de qualidade da assistência como ferramentas de gestão*, ministrada pelo Enfermeiro Antônio Almeida – Lisboa (Portugal) – apresentada no V Fórum de Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), no ano de 2012, na cidade de São Paulo (SP). A apresentação era pausada, de acordo com as inferências realizadas pelos grupos, para ouvi-los em seus posicionamentos. Após o vídeo, o instrumento foi aplicado aos participantes.

A nova estratégia foi aplicada durante o turno de trabalho, tendo sido, em média, com participação de 4 elementos da equipe por exposição, para garantir a continuidade da assistência e não causar danos ao serviço. No total, a programação foi elaborada para ocorrer em 15 datas distintas, contudo, devido às condições não favoráveis para abordagem em serviço e/ou motivos de força maior, somente em oito destas datas pôde-se realizar grupos focais.

b) 2ª fase: Planejamento dos grupos focais: em princípio foram agendados cinco momentos com as equipes de trabalho, nos horários de saída de plantão das equipes da manhã e noturnos, e antes da entrada da equipe vespertina, onde os sujeitos ficaram livres para escolher em qual momento poderiam participar, conforme fosse sua disponibilidade. Tal

agendamento foi disposto na clínica previamente, fixado em mural de avisos e/ou pontos de maior circulação da equipe (descanso técnico e sala de gerência de Enfermagem), para apreciação e convite dos sujeitos, como também foi realizado contato pessoal com cada equipe, a fim de esclarecer a dinâmica da coleta de dados e demais questionamentos.

Foi solicitado aos sujeitos que participassem na data em que estivessem no serviço (entrada ou saída), posto que não era propósito do estudo provocar deslocamento dos sujeitos unicamente para os fins do estudo. Programou-se a média de 10– 12 pessoas por momento agendado, porém a variação deste quantitativo, para menos, interferiu nos resultados obtidos, posto que o quantitativo de participantes estava muito aquém do esperado (3 enfermeiros e 8 técnicos), porém foram importantes para realização da validação do instrumento. Para acolhida dos participantes foi planejado um *brunch* para os turnos diurnos e *café colonial* para os turnos noturnos.

Desta forma, a estratégia foi reprogramada, passando a adaptar-se para ocorrer durante o turno de trabalho, sendo cada equipe subdividida em várias equipes – de três a quatro pessoas, conforme a aceitação na participação do estudo e a dinâmica do serviço no dia da pretendido para coleta, posto que não era intenção do estudo causar interferência direta na produção, nem tão pouco prejudicar o andamento da dinâmica do serviço. Várias tentativas de coleta foram realizadas sem sucesso, dado a movimentação intensa da clínica em determinadas datas. Todavia, foi alcançada a maioria dos indivíduos que compõem a equipe de Enfermagem. Assim, consolidou-se no período de coleta de Março à Abril de 2013.

## **ETAPA 2 – AÇÃO: subdividido em duas fases:**

a) 1ª fase: Aula expositiva e interativa, com aplicação do formulário (levantamento de dados quantitativos e qualitativos) aos sujeitos do estudo, para posteriores apontamentos pertinentes à pesquisa;

b) 2ª fase: Sequenciar coleta de dados, realizando interpretação conjunta dos resultados, influência destes na reflexão das ações cotidianas da assistência e seu impacto no gerenciamento da unidade (percepção da equipe).

## **ETAPA 3 – AVALIAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS:**

Composta de quatro partes, as partes I e II referem-se a dados pessoais, os quais permitiram a caracterização dos sujeitos e sua percepção de estrutura de relações entre si. A

parte III permitiu que os sujeitos, após contextualização do tema em estudo e discussão em grupo focal, pudessem manifestar suas percepções acerca das relações de Processos, Gestão de riscos e mensuração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem.

Para análise, os dados objetivos foram consolidados e subsidiaram a caracterização da equipe de Enfermagem. Os dados subjetivos foram consolidados após leitura flutuante e análise de seus conteúdos e considerados *insights* sobre a percepção de seus profissionais a respeito dos indicadores de Enfermagem, identificação de barreiras à mudança da prática na atenção à saúde e alcance de mudanças (melhoria das atitudes em relação aos indicadores).

O ponto de partida da Análise de conteúdo é a mensagem verbal – quer seja escrita, quer seja oral – gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada. Desta forma, o que está escrito, falado, figurativamente desenhado, dentre outros, sempre será a gênese para a identificação do conteúdo, seja ele explícito e/ou latente. A análise e a interpretação dos conteúdos são passos (ou processos) a serem seguidos. E, para o efetivo caminhar neste processo, a contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos para garantir a relevância dos sentidos atribuídos às mensagens (FRANCO, 2008).

A teia de significados foi analisada de acordo com a Teoria da Qualidade Total, para focar a abordagem conceitual de indicadores de Enfermagem e os requisitos para sua utilização como ferramentas de gestão, o enfrentamento da equipe de Enfermagem mediante estas práticas, bem como a política e ações pedagógicas que favorecem a incorporação de concepções e práticas de saúde na assistência, articulados com o cotidiano do campo eleito (ROCHA; TREVIZAN, 2009; HINRICHSEN, 2012; DEMO, 2013).

### **3.5. Aspectos éticos e legais**

Conforme determinado, este estudo considerou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, respeitando neste sentido a resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, por tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, incorporando os quatro referenciais básicos da bioética: a autonomia, a partir da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos; a beneficência, ponderada entre riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; a não maleficência, garantindo que danos possíveis sejam evitados; e a equidade e justiça, envolvendo a relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos do estudo.

Foi reiterado aos participantes dessa pesquisa o uso de linguagem clara, o objeto de estudo, os objetivos e o modo de inserção deles na pesquisa. Embora trate-se de um estudo que não envolve riscos à integridade física dos informantes, foi assegurado o anonimato e o direito do informante de deixar de compor o grupo focal a qualquer momento.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados coletados foram apresentados em duas etapas: Caracterização da equipe de Enfermagem e categorias de análise, sendo esta última etapa dividida em três subcategorias - *Percepção do papel da Enfermagem no Processo de Qualidade*, *Percepção das implicações de um processo de qualidade para a equipe de Enfermagem* e *Fatores de conduta da equipe x desempenho e resultados*.

### 4.1 Caracterização da equipe de enfermagem

A caracterização dos profissionais entrevistados da equipe de Enfermagem da Instituição foi composta por 10 subitens, os quais são: faixa etária, cargo em que atua na Instituição, formação profissional, tempo de atuação na Clínica Cirúrgica, turno de trabalho, procedência antes de assumir suas atividades laborais na Instituição, outro vínculo empregatício, qual tipo de vínculo com a Instituição, avaliação da estrutura de relações, avaliação de processos.

Como já mencionado anteriormente, foram instituídos códigos para os sujeitos do estudo, de acordo com seus cargos. Logo os Enfermeiros são de E<sub>1</sub> a E<sub>7</sub>, Os Auxiliares de Enfermagem de A<sub>1</sub> a A<sub>12</sub> e os Técnicos de Enfermagem de T<sub>1</sub> e T<sub>19</sub>. Desta forma, todos os dados foram analisados e dispostos em tabelas, a seguir:

**Tabela 1** – Distribuição dos profissionais da equipe de Enfermagem por faixa etária, Belém, Agosto – 2013

FAIXA ETÁRIA	PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM					
	ESCOLARIDADE				TOTAL	
	NÍVEL MÉDIO		NÍVEL SUPERIOR			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 20 ANOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21 – 30 ANOS	2	5,3	0	0,0	2	5,3
31 – 40 ANOS	11	29	4	10,5	15	39,5
41 – 50 ANOS	11	29	0	0,0	11	29
> 51 ANOS	7	18,4	3	7,9	10	26,3
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>81,5</b>	<b>7</b>	<b>18,5</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fonte - Pesquisa de campo, 2013

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), pode-se classificar como adultos jovens aqueles indivíduos cuja faixa etária está entre 20 – 40 anos, assim como adultos médios aqueles que se encontram na faixa de 41 – 59 anos. Percebo, então, que a equipe de Enfermagem de nível médio é predominante de adultos médios (58%), seguidos de adultos jovens (42%), e que a equipe de Enfermagem de nível superior é predominante de adultos jovens (57%), seguidos de adultos médios (43%).

Segundo Draganov; Friedländer; Sanna (2011), à medida que amadurecem, as pessoas sofrem transformações bastante radicais, isto é, tornam-se independentes e são responsáveis por suas decisões. Direcionam sua própria vida e seus interesses de aprendizado, acumulam experiências que vão subsidiar e fundamentar a sua aprendizagem. Seus interesses se direcionam para o desenvolvimento das habilidades que utilizam no desempenho do seu papel social e na sua profissão; passam a esperar uma imediata aplicação prática do que aprendem, reduzem seu interesse por conhecimentos a serem úteis num futuro distante, e as motivações que os impulsionam são as internas, as quais passam a ser mais intensas que as externas. Torna-se fundamental, para a efetivação do aprendizado, considerar essas proposições.

Dessa forma, pode-se ter um potencial conflito de gerenciamento entre o grupo de Enfermeiros e o de nível médio, dado que o segundo, em sua maioria (58%), é composto de adultos em faixa etária maior que a maioria do primeiro (57%), composto de adultos jovens. A discussão dos autores revela-nos a importância de considerar as proposições inerentes ao ser humano adulto para a efetivação do aprendizado.

À medida que o ser humano evolui em idade, seus focos se enquadram de acordo com seu nível de produtividade, bem como em seu papel social. Desta forma, um potencial “conflito” entre Enfermeiros e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem se cogita, posto que é característico de um adulto jovem (perfil da maioria dos Enfermeiros entrevistados) uma “expectativa imediatista” nas ações e reações que contextualizam os processos.

Logo, diante de um grupo de adultos médios, que necessitam de motivação interna e tem uma visão “prática” de suas vivências – não bastando “servir” dentro de um contexto geral, mas também “servir” a si – pode ser complexo o alcance de maturidade da equipe para bom andamento dos processos.

Demo (2013, p.150), acerca de Qualidade e sua metodologia, nos diz que “a militância política vai cansando como também declina o vigor da vida, onde, muitas vezes, resta-nos o bom combate e muito pouca vitória”. Desta forma, emerge a necessidade de

(re)construir continuamente os processos de trabalho na clínica cirúrgica, para que se desperte não somente o interesse pessoal, mas o *valor* do trabalho desta equipe (grifo nosso).

**Tabela 2** – Distribuição dos profissionais de enfermagem por cargo na Instituição, Belém, Agosto – 2013

CARGO	Nº DE PROFISSIONAIS	%
AUXILIAR	12	32%
TÉCNICO	19	50%
ENFERMEIRO	7	18%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Pesquisa de campo, 2013

De acordo com (BRASIL, 2002, p.41), em seu Manual de Acreditação Hospitalar, como um dos itens de requisitos para o padrão de Enfermagem nível 1 descreve: *número de enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem adequado às necessidades de serviço.*

Durante o período de coleta, as equipes diurnas (turnos matutino e vespertino) possuíam, em média, dois enfermeiros atuando durante o plantão, subdividindo sua atuação/supervisão da seguinte forma: um para os 34 leitos de enfermaria (clínica cirúrgica) e outro para os quatro leitos destinados à pacientes graves e/ou potencialmente graves (unidade de recuperação). As equipes noturnas possuíam, em média, somente um enfermeiro para atuar/supervisionar nos leitos da clínica e da unidade de recuperação. Alguns plantões noturnos podiam dispor de dois enfermeiros, de acordo com a cota de plantões-extras para adequação à necessidade do serviço, porém tal cota não supria a escala mensal na sua totalidade de plantões noturnos.

Assim sendo, a relação entre enfermeiros e técnicos deu-se da seguinte forma nos turnos diurnos: 1: 7 (na clínica cirúrgica) e 1:2 (na unidade de recuperação). Já nos turnos noturnos, repetia-se a relação acima descrita quando na presença de dois enfermeiros no plantão. Se não fosse possível, a relação enfermeiro e técnicos passaria a ser de 1: 9 (aglutinando clínica e unidade de recuperação).

Percebo que o dimensionamento de Auxiliares/Técnicos de Enfermagem atende ao perfil da clínica cirúrgica, porém está em quantitativo bastante restrito, havendo condições de equilíbrio em períodos de ausências programadas (férias), porém em licenças médicas e/ou faltas não programadas pode haver impacto negativo na qualidade da assistência de Enfermagem.

Contudo, o dimensionamento de Enfermeiros não contempla plenamente ao perfil da clínica, posto que mesmo em períodos de ausência programada (férias), o ajustamento da equipe fica ainda mais restrito, bem como há necessidade de ter dois enfermeiros por serviço noturno, para otimizar acompanhamento, supervisão e vigilância sobre os pacientes e equipe.

**Tabela 3** – Distribuição dos profissionais da equipe de Enfermagem por nível de formação, Belém, Agosto – 2013

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM						
NÍVEL DE FORMAÇÃO	ESCOLARIDADE				TOTAL	
	NÍVEL MÉDIO		NÍVEL SUPERIOR			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NÍVEL MÉDIO	18	47,4	0	0,0	18	47,4
COMPLETO						
NÍVEL SUPERIOR	5	13,1	0	0,0	5	13,1
INCOMPLETO						
NÍVEL SUPERIOR COMPLETO	5	13,1	0	0,0	5	13,1
ESPECIALISTA	3	7,9	5	13,1	8	21
MESTRANDO	0	0,0	0	0,0	0	0
MESTRE	0	0,0	2	5,3	2	5,3
DOCTORANDO	0	0,0	0	0,0	0	0
DOCTOR	0	0,0	0	0,0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>81,5</b>	<b>7</b>	<b>18,5</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fonte - Pesquisa de campo, 2013

Dos 31 profissionais Auxiliares/Técnicos de Enfermagem que atuam na clínica cirúrgica, 18 (53%) possuem somente formação em nível médio; 5 (15%) possuem nível superior de formação em curso (um em Serviço Social, dois em Graduação em Enfermagem, um em Biologia e um em Gestão Pública); 8 (24%) possuem nível superior completo de formação (dois em Pedagogia, um em Serviço Social, um em Administração, um em Graduação em Enfermagem e três não informados) – onde, dentre os profissionais formados, 3 (9%) possuem título de especialista (um em Gestão Escolar, um em Políticas Públicas e um em Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar); nenhum dos participantes do estudo

possui Mestrado em andamento ou concluído, assim como Doutorado em andamento ou concluído (0%). Esses informantes podem vir a contribuir com a qualidade da assistência de Enfermagem no serviço, junto ao usuário na atenção à saúde.

Destaca-se, dentre os profissionais Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, temos aqueles com formação de nível superior concluída, mantendo-se ativos nas suas atividades laborais na Instituição, mesmo na condição de contratados (regime celetista) ou servidores públicos federais (regime jurídico único), em detrimento do longo tempo de atuação no serviço. E, apesar de ser um componente evolutivo de graduação, ser especialista faz diferença a quem for servidor público, como será melhor explanado posteriormente.

Partindo do pressuposto que o nível de formação superior é pré-requisito ao cargo que ocupam, aos Enfermeiros não foi contabilizado o nível médio completo. Percebe-se que nenhum profissional encontra-se com outro nível superior de formação em curso, desta forma dos sete profissionais Enfermeiros, observa-se que cinco destes (36%) possuem título de especialista (um em Urgência e Emergência, um em Administração da Assistência de Enfermagem, um em Doenças Tropicais, um em Controle de Infecção Hospitalar e um em Saúde Pública); e dois (14%) possuem título de Mestre (um em Planejamento e Desenvolvimento Sustentável e um em Doenças Tropicais).

A gestão do conhecimento e capital humano é considerada um conjunto de conhecimentos, treino e capacidades das pessoas, que lhes permite realizar trabalhos úteis, com diferentes graus de complexidade e especialização. Nas instituições de saúde, como nas demais organizações, esse nível de gestão não difere. Pode-se dizer que é o objeto de uma nova ciência que está surgindo, baseada em princípios de sistemas, visando à obtenção de fatos certos no foco e no valor (RUTHERS; CUNHA, 2009).

Para os autores, o termo “Capital Humano” apareceu pela primeira vez nos anos 60, nos EUA. Foi definido como investimento em capital humano “as atividades que influenciam os resultados obtidos no futuro”. Refere-se que, o ser humano, por meio da sua formação pessoal e profissional, contribui para o aumento da produção e para o aparecimento de novos serviços. Outros assim explicam que capital humano é um conjunto de conhecimentos, treino e capacidade das pessoas, que lhes permitem realizar trabalhos úteis com diferentes graus de complexidade e especialização.

Além das credenciais educacionais, a experiência, os anos de prática e a educação continuada da equipe de Enfermagem desempenham papel-chave no desenvolvimento do julgamento clínico e administrativo (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2008).

A União possui o Plano de Cargos e Salários, o qual prevê progressão salarial de seus profissionais de acordo com tempo de serviço e nível de escolaridade. A progressão por tempo de serviço se dá em 18 meses, de acordo com a avaliação de desempenho institucional. A progressão por nível de escolaridade se dá de duas formas: níveis de formação profissional e cursos de atualização. A formação profissional confere dois níveis de progressão ao nível médio (graduação em nível superior e especialização) e três níveis de progressão ao nível superior (especialização, mestrado e doutorado). Os cursos de atualização conferem quatro níveis de progressão, de acordo com cargas horárias exigidas ao nível que o profissional é vinculado (nível médio e nível superior).

A FADESP não dispõe aos seus contratados tais níveis de progressão por tempo de serviço. A progressão salarial se dá unicamente através dos acordos coletivos de categorias, ofertando como vantagens agregadas ao valor do salário percentual referente a insalubridade e vale alimentação.

Desta forma, percebe-se que a equipe de Enfermagem de nível médio tem visão de aprimoramento e qualificação, uma vez que 39% dos entrevistados estão em e/ou finalizaram cursos de formação em nível superior, sendo que 9% destes foram além da graduação, alcançando o nível de pós-graduação *Latu sensu*. Dentre os profissionais técnicos, a equipe possui um Enfermeiro formado e dois em formação, além dos demais em áreas distintas da Enfermagem e/ou saúde. Todavia, a expectativa nas organizações de se ter profissionais com nível elevado de formação é a de fomentar bom potencial de desenvolvimento de ações voltadas para qualidade do serviço.

Igualmente, dentre os profissionais Enfermeiros, os resultados também mostram que esta categoria, em sua maioria, cinco (36%) possui, além da graduação (pré-requisito de seu cargo), nível de pós-graduação *Latu sensu*. Bem como, dois Enfermeiros (14%) possuem, além da graduação, nível de pós-graduação *Stricto sensu*. A expectativa nas organizações de se ter um Enfermeiro qualificado é que este possua habilidades refinadas no manejo da prática clínica e/ou gerencial de suas ações, posto que sua formação especializada possa contribuir para a renovação do ambiente de trabalho e contribuir para a melhoria de processos.

Contudo, não somente deve-se contar com o nível de formação profissional da equipe, mas, sobretudo no aprimoramento contínuo de seus componentes. Na área de saúde, uma gama de conhecimentos possuem atualizações frequentes, frente aos avanços da ciência e das tecnologias. Desta forma, faz-se essencial o planejamento de educação permanente da

equipe, com a finalidade de nivelar diferenças, otimizar resultados e impulsionar o alcance de metas para com o serviço.

**Tabela 4** – Distribuição dos profissionais da equipe de enfermagem conforme seu tempo de atuação na clínica cirúrgica, Belém, Agosto - 2013

TEMPO DE ATUAÇÃO	PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM					
	ESCOLARIDADE				TOTAL	
	NÍVEL MÉDIO		NÍVEL SUPERIOR			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 6 MESES	2	5,3	1	2,6	3	7,9
< 1 ANO	1	2,6	1	2,6	2	5,3
1 – 5 ANOS	6	15,8	3	7,9	9	23,7
6 – 10 ANOS	10	26,3	0	0,0	10	26,3
11 – 15 ANOS	6	15,8	1	2,6	7	18,4
> 16 ANOS	6	15,8	1	2,6	7	18,4
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>81,5</b>	<b>7</b>	<b>18,5</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fonte - Pesquisa de campo, 2013

Percebo então que 19 (61%) Auxiliares/Técnicos de Enfermagem estão até 10 anos na mesma. Enquanto que 12 (39%) dos entrevistados está há um longo período lotado na Clínica Cirúrgica da Instituição – entre 11 a mais de 16 anos.

Dos 7 Enfermeiros, 3 (43%) estão lotados na Clínica Cirúrgica de 1 a 5 anos – sendo a maioria deste grupo; 1 (14%) está há mais de 16 anos lotado na Clínica; 1 (14%) está lotado na clínica de 11 a 15 anos; 1 (14%) está lotado nesta há menos de um ano; 1 (14%) está na Clínica há menos de 6 meses; e nenhum está lotado na Clínica de 6 a 10 anos.

Os resultados desta etapa demonstram certo “confronto” de gerações: de um lado, a equipe de Auxiliares/Técnicos de Enfermagem possui um tempo de permanência no mesmo setor relativamente alto (39% dos entrevistados); do outro, os Enfermeiros, em sua maioria (43%), estão no setor no intervalo de 1 a 5 anos. Na prática, ocorre que Auxiliares/Técnicos de Enfermagem mais “antigos” configuram-se nos “guardiões” da clínica, profissionais que viveram várias gestões dentro daquele serviço, porém sempre dispostos a contribuir. Aspecto positivo no que tange ao interesse pessoal ligado às necessidades do serviço, porém sugere fragilidade na liderança de seus Enfermeiros.

Gomes et al (2012) retrata que as satisfações com o trabalho e a tranquilidade decorrem principalmente dos anos de experiência profissional dentro da empresa, sabendo, assim, do funcionamento da organização e do conhecimento acerca das relações formais e informais que permeiam o ambiente de trabalho. Satisfação no trabalho entra no século XXI como um dos múltiplos conceitos que abordam a afetividade no ambiente de trabalho ou, mais especificamente, como o vínculo afetivo do indivíduo com seu trabalho. A satisfação é importante, pois possui uma relação com o desempenho no trabalho.

Desta forma, torna-se relevante considerar a expressão destes profissionais acerca da satisfação em compor este setor. Sabe-se que o Enfermeiro deve ter sua habilidade de liderança aprimorada, para motivar e gerenciar sua equipe aos melhores resultados. Contudo, uma equipe com tempo maior de permanência do setor, tendo vivenciado mais experiências ao longo dos anos no mesmo, poderá ou agregar esforços para melhoria dos processos (se bem motivada e interligada ao serviço), ou tornar mudanças e aprimoramento de ações um processo amplamente desgastante (quando desmotivada e desacreditada do sistema).

Demo (2013) nos diz que a qualidade sinaliza a politicidade da vida, ou qualidade política, na qual o sujeito capaz de fazer história própria possui o horizonte fundamental de “se fazer”, dentro das circunstâncias dadas. Sendo esta atividade de “se fazer” tipicamente não linear, imersa no contexto do poder e contraditória ao extremo, inclui desde a mais abnegada solidariedade até a mais forte ditadura.

Assim, o autor nos faz refletir sobre a condução dos processos e a quem deve pertencer a liderança dos mesmos. Um sujeito capaz de fazer-se dentro um contexto direciona outros sujeitos de seu convívio ao mesmo foco. É claro que o Enfermeiro tem como característica inerente à sua atuação o bom desenvolvimento de sua liderança, contudo não se perde de vista que liderança é arte de influenciar pessoas, sendo, desta forma, líder aquele sujeito capaz de agregar os demais em prol de um objetivo. A boa condução dos processos se fará na junção das lideranças gerenciais (Enfermeiros) com as lideranças de vida prática (Auxiliares/Técnicos de Enfermagem).

**Tabela 5** – Distribuição dos profissionais da equipe de Enfermagem por turno de trabalho dos profissionais Enfermeiros na clínica cirúrgica, Belém, Agosto – 2013

TURNO DE TRABALHO	PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM					
	ESCOLARIDADE				TOTAL	
	NÍVEL MÉDIO		NÍVEL SUPERIOR			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>MATUTINO</b>	4	10,5	2	5,3	6	15,8
<b>VESPERTINO</b>	6	15,3	2	5,2	8	21
<b>NOTURNO</b>	20	52,6	3	7,9	23	60,5
<b>NÃO INFORMADO</b>	1	2,6	0	0,0	1	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>81,5</b>	<b>7</b>	<b>18,5</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fonte - Pesquisa de campo, 2013

Dos 31 profissionais Auxiliares/Técnicos da Clínica Cirúrgica, os do turno noturno é maioria (65%), posto que sejam distribuídos em três equipes, em relação aos profissionais do turno diurno (32%), que são distribuídos em duas equipes (matutino e vespertino). Relação contrária aos Enfermeiros, onde 3 (43%) destes estão no turno noturno, 2 (29%) estão no turno matutino e 2 (29%) estão no turno vespertino. Os profissionais entrevistados do turno diurno são maioria (58%) – distribuída em duas equipes (matutino e vespertino) – em relação aos profissionais do turno noturno (43%), que estão distribuídos em três equipes.

Percebo que os Enfermeiros, em sua maioria, atuam nos turnos diurnos. Dado que corrobora com a análise da tabela 2. Já a equipe técnica, em quantitativo de componentes por equipe, tem em média a mesma composição (7 a 9 técnicos), contudo as equipes noturnas sobressaem-se das demais por serem três equipes distintas, comparadas às duas equipes dos turnos diurnos.

Como já mencionado anteriormente, reiteramos a necessidade de ajuste do dimensionamento de Enfermeiros para otimizar o acompanhamento e vigilância dos processos, além de revisão do dimensionamento de toda a equipe para assegurar qualidade na assistência de Enfermagem frente ao indicador de Absenteísmo da clínica.

As diferenças na carga de trabalho de equipes de enfermagem em diferentes unidades de internação são levantadas considerando variáveis como: taxa de ocupação, tipo de pacientes e dimensionamento de pessoal. Essas situações podem aumentar as chances de eventos adversos. A carga de trabalho excessiva é causa importante para a ocorrência de

eventos adversos e erros humanos ocasionados pela pressa (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

No contexto atual, a equipe desconhece se as ausências que ocorrem no serviço têm sido devidamente computadas e projetadas em indicador de absenteísmo, visando a condução do serviço e avaliação do índice de carga de trabalho. Durante os grupos focais, a equipe projeta no absenteísmo relação única com o nível de carga de trabalho, porém não demonstra, à primeira instância, manifestação consciente de que as ausências também estão relacionadas ao nível de comprometimento com o serviço que se presta e integração de equipes.

**Tabela 6** – Distribuição dos profissionais da equipe de Enfermagem de acordo com sua procedência ao turno de trabalho na Instituição, Belém, Agosto – 2013

PROCEDÊNCIA	PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM					
	ESCOLARIDADE				TOTAL	
	NÍVEL MÉDIO		NÍVEL SUPERIOR			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>RESIDÊNCIA</b>	20	52,6	5	13,2	25	65,8
<b>OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO</b>	5	13,2	2	5,2	7	18,4
<b>INSTITUIÇÃO DE ENSINO</b>	5	13,2	0	0,0	5	13,2
<b>OUTROS</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>NÃO INFORMADO</b>	1	2,6	0	0,0	0	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>81,5</b>	<b>7</b>	<b>18,5</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fonte - Pesquisa de campo, 2013

Dos 31 profissionais Auxiliares/Técnicos na Clínica, 20 (65%) destes informaram que, na maioria das vezes, possuem procedência residencial ao turno de trabalho; 5 (16%) chegam ao seu turno de trabalho procedentes de outro vínculo empregatício; 5 (16%) procedem de curso de formação; 1 profissional (3%) não informou sua procedência antes de assumir seu turno de trabalho na Instituição; e nenhum profissional informou procedência distinta das apresentadas.

Dos 7 profissionais entrevistados que atuam como Enfermeiros, 5 (71%) destes informam que, na maioria das vezes, possuem procedência residencial e 2 (29%) possuem procedência de outro vínculo empregatício antes de assumir seu turno de trabalho na Instituição.

Percebeu-se que a maioria dos profissionais de nível médio possui procedência residencial, da mesma forma que a maioria dos Enfermeiros, gerando uma positiva expectativa em relação ao nível de atenção e produtividade da assistência no serviço, posto que para este não se sobrepusesse carga horária laboral extensa a estes profissionais, advinda de outro vínculo. Assim, a produtividade efetiva ficaria de acordo com a carga de trabalho do serviço e suas variações, conforme o perfil do mesmo.

Davel e Vergara (2012, p.46) relatam que não se pode imaginar seriamente um processo de inovação sem a transgressão e depois a renovação das formas que enquadram o desenrolar de sua ação. Ressaltam que a relação entre as forças criadoras e as formas de socialização obedece a três princípios: o *primeiro*: o que se opõe ao desenrolar de um processo de inovação são as “formas” ou atividades de formalização, bem mais que a posição de um ator específico; o *segundo*: um processo de inovação passa por três condições – que os parceiros se entendam sobre as regras do jogo; que procurem obter uma vantagem definida de uma parte e de outra; e que tenham consciência de sua interdependência; e o *terceiro*: o processo não pode ser reduzido a um conflito, mas à participações do tipo “crítica”.

A assiduidade, pontualidade e produtividade são características gerenciais que, normalmente, possuem alto impacto na qualidade de um serviço. Considerando, neste estudo, que a maioria da equipe de Enfermagem chega ao início de seu turno de trabalho procedente de sua residência, acredita-se que, teoricamente, pode-se contar com o máximo da força produtiva de seus membros. Todavia, infelizmente não é tão fácil “conquistar” o cumprimento de regras. Não raro podemos observar atrasos e discontinuidades na assistência, os quais comprometem a execução de boas práticas em saúde. O fator *estabilidade empregatícia* acaba por produzir vieses na condução de processos, os quais têm impacto direto na qualidade da assistência de Enfermagem.

**Tabela 7** – Distribuição dos profissionais da equipe de Enfermagem que possuem outro vínculo empregatício, Belém, Agosto – 2013

OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO	PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM					
	ESCOLARIDADE				TOTAL	
	NÍVEL MÉDIO		NÍVEL SUPERIOR			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>SIM</b>	11	28,9	6	15,8	17	44,7
<b>NÃO</b>	18	47,4	1	2,6	19	50
<b>NÃO INFORMADO</b>	2	5,3	0	0,0	2	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>81,5</b>	<b>7</b>	<b>18,5</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fonte - Pesquisa de campo, 2013

Dos 31 profissionais entrevistados que atuam em nível Técnico na Clínica, 18 (58%) destes informam não possuir outro vínculo empregatício além daquele assumido na Instituição; 11 (35%) informam que possuem outro vínculo empregatício – sendo que sete possuem um vínculo a mais, além daquele assumido na Instituição, e quatro informam que possuem dois vínculos além daquele que assumem na Instituição; 2 (6%) não informaram se possuem outro vínculo empregatício.

Dos 7 profissionais entrevistados que atuam como Enfermeiros, 6 (86%) destes informam que possuem outro vínculo empregatício além daquele que assume na Instituição – todos referindo mais um vínculo; somente 1 (14%) dos profissionais entrevistados informa que não possui outro vínculo empregatício além do que assume na Instituição.

Sabe-se que a satisfação é um fator que favorece a motivação e a produtividade profissional, estimulando a dedicação ao trabalho e à qualidade do serviço. Utilizar seu saber e sua sensibilidade no desempenho de suas ações contribui para uma enfermagem mais competente. Para tanto, há de se perpassar em fatores intrínsecos à consolidação da satisfação: autonomia, interação, status profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração (SIQUEIRA; KURCGANT, 2011).

Observo que a maioria da equipe que atua em nível Técnico na Clínica (58%) não possui outro vínculo empregatício além do que executa na Instituição. Este dado fomenta uma positiva expectativa acerca do nível de comprometimento profissional em relação ao serviço, posto que deste provenha sua única fonte de renda. Observo também que a grande maioria dos Enfermeiros entrevistados (86%) possui outro vínculo empregatício, fator este que pode conferir variação do nível de comprometimento profissional.

Contudo, penso que pode existir uma variável do nível de comprometimento profissional dentre aqueles profissionais que possuem um ou mais vínculos empregatícios além do desempenhado na Instituição, o qual pode oscilar – para mais ou para menos – de acordo com a satisfação no ambiente de trabalho, ritmo pessoal de atividades laborais, tipo de vínculo com a Instituição e/ou padrão de remuneração.

**Tabela 8** – Distribuição dos profissionais da equipe de Enfermagem quanto ao tipo de vínculo empregatício, Belém, Agosto - 2013

TIPO DE VÍNCULO	PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM					
	ESCOLARIDADE				TOTAL	
	NÍVEL MÉDIO		NÍVEL SUPERIOR			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>CONCURSADO</b>	14	36,8	7	18,5	21	55,3
<b>CONTRATADO</b>	15	39,5	0	0,0	15	39,5
<b>NÃO INFORMADO</b>	2	5,3	0	0,0	2	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>81,5</b>	<b>7</b>	<b>18,5</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fonte - Pesquisa de campo, 2013

Brasil *apud* Guimarães et al, (2011), nos traz em seu artigo 20 da lei nº 8.112, de 1990 em que é garantida a estabilidade no emprego aos servidores públicos brasileira após dois anos de efetivo exercício do cargo. Em 1998, por meio da Emenda Constitucional 19, o tempo para aquisição da estabilidade no emprego passou para três anos. Nesse período, conhecido como estágio probatório, são avaliados critérios como assiduidade, disciplina, produtividade, responsabilidade e capacidade de iniciativa, os quais fazem parte das atribuições do cargo. Expirado esse prazo, de acordo com o artigo 22 da referida Emenda, o servidor público só perderá o cargo em virtude de condenação judicial ou administrativa. Expresso de outro modo, passado o período probatório, o trabalhador adquire estabilidade no emprego.

Pode-se afirmar que o empregado estável vive melhor, tem dignidade no meio social e pode dar segurança a sua família, pela garantia de manutenção de seu emprego. A estabilidade no emprego proporciona segurança no trabalho, perspectiva de aposentadoria e um futuro tranquilo, sendo também sinônimo de proteção contra a dispensa sem uma causa justa (GUIMARÃES et al, 2011).

Contrapondo o pensamento do autor, penso que a estabilidade no emprego nem sempre origina e garante um bom desempenho no trabalho. Diversos pontos negativos, como desmotivação e ineficiência, transgressão de normas e falta de comprometimento, além de desperdício e descuido com aquilo que é público podem estar presentes em organizações de saúde com trabalhadores estabilizados no emprego.

Logo, percebo que temos um sistema “híbrido” no campo estudado, de acordo com os resultados obtidos. A equipe de Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem do estudo possui dois tipos de vínculos (regime jurídico único e celetista) dentro de um contexto único, o público. Um vínculo (regime jurídico único) *culturalmente* passível de ajustes de conduta relacionada à estabilidade no serviço. O outro (celetista), *culturalmente* passível de punições e/ou demissões quando em não-conformidade com as normas do serviço (grifo nosso).

A segurança *autorizada* pela estabilidade é uma prerrogativa do serviço público, uma vez que em instituições privadas é evidente a insegurança enfrentada pelos trabalhadores em decorrência da falta de possibilidade de diálogo, medo, abuso de poder das chefias, intrigas, demissão sumária e da perda do emprego. No setor público, entretanto, existe o estereótipo de que os trabalhadores não podem ser punidos devido à condição de estabilidade, diferentemente do setor privado, no qual os gerentes contam com a “arma da punição”, ou seja, a possibilidade de demissão do funcionário (GUIMARÃES et al, 2011, grifo nosso).

Percebo então que, ao mesmo tempo em que a condição de “igualdade” promove o trabalho, também pode trazer consequências, como o questionamento de algumas atividades estipuladas ou a sua realização da maneira mais conveniente para o trabalhador e não para as necessidades do serviço.

A avaliação da qualidade do cuidado em saúde, entendida como o equilíbrio entre riscos e benefícios, pode ser realizada a partir da utilização de três abordagens: a estrutura – a qual corresponde aos insumos, recursos físicos, financeiros, equipamentos, acessibilidade e à qualificação/especialização da mão de obra, que possibilitam a prestação do serviço; os processos (atualmente denominados *performance*) – os quais correspondem à execução de ações mediante um conjunto pressuposto de critérios, regras, padrões, procedimentos e protocolos, a partir de um modelo teórico que possibilite alcançar a melhor assistência; e os resultados (*outcome*) – os quais correspondem à avaliação do êxito/efetividade dos objetivos do cuidado em saúde e satisfação do usuário ou população (cura, impedimento da progressão da doença, restauração da capacidade funcional, alívio da dor/sofrimento e evento adverso) (LOBÃO; MENEZES, 2012).

Segundo Rodrigues *et al* (2012), a avaliação da qualidade do cuidado de 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 qualidade deste cuidado. Avaliar serviços de saúde não é um procedimento simples, sendo imprescindível que seja instituído com base em critérios predeterminados para o alcance de padrões de qualidade preestabelecidos pelo serviço, desenvolvidos segundo a realidade e contexto local.

Desta forma, foi solicitado aos participantes do estudo opinar sobre a estrutura das relações e avaliação de processos em seu contexto. Na primeira (estrutura de relações), depararam-se com descritivos de características pessoais, onde se buscou provocar a reflexão profissional acerca de sua inclusão no processo de qualidade, como parte executora do mesmo, onde suas variáveis pessoais de relações podem otimizar e/ou comprometer o andamento do mesmo.

Na segunda (avaliação de processos), os participantes se veem diante de algumas etapas e/ou variáveis de culturas organizacionais em Instituições públicas, sendo convidados a posicionar-se de acordo com suas percepções pessoais acerca dos processos de sua realidade atual dentro da Instituição. Os resultados obtidos são demonstrados nas tabelas a seguir:

**Tabela 9** – Distribuição das avaliações dos entrevistados do nível médio acerca da estrutura de relações na clínica cirúrgica, Belém, Agosto – 2013

<b>Avaliação</b>	<b>Concorda totalmente</b>	<b>Concorda</b>	<b>Discorda</b>	<b>Discorda totalmente</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Possui habilidades técnicas necessárias para o cargo</b>	80	30			3,5
<b>É alguém em quem se pode confiar</b>	96	12			3,5
<b>Não é uma pessoa excessivamente controladora</b>	28	36	14	2	2,6
<b>Estimula os outros</b>	36	54	4	1	3,1
<b>Trata os outros com respeito</b>	100	15			3,7
<b>Elogia quando apropriado</b>	56	45	2		3,3
<b>Não embaraça nem critica negativamente na presença dos outros</b>	44	33	14	1	3,0
<b>Valoriza os outros</b>	88	21			3,5
<b>Não apunhala ninguém pelas costas</b>	52	27	10	2	2,9
<b>É um bom ouvinte</b>	72	24		1	3,1
<b>Confronta as pessoas com problemas/situações à medida que surgem</b>	28	36	8	4	2,4
<b>Demonstra paciência e autocontrole com os outros</b>	56	42	4		3,3
<b>Fixa objetivos elevados para si mesmo, tanto quanto para a equipe</b>	28	60	4		3,0
<b>Deixa claro aos membros da equipe o que espera deles no trabalho</b>	24	51	12		2,8
<b>Busca fundamentação para garantir que os objetivos sejam alcançados</b>	56	45		1	3,3
				<b>TOTAL GERAL</b>	3,1

Fonte - Pesquisa de campo, 2013

Foi garantido aos participantes do estudo o direito de não responder a alguma(s) questão(ões) à(s) qual(is) não se sentisse à vontade para fazê-lo. Neste momento do grupo

focal, notou-se que os participantes ficaram mais reflexivos, alguns inicialmente desconfortáveis, demonstrando certa dificuldade em fazer autoavaliação.

Noto que 90% dos entrevistados responderam às questões integralmente, porém 10% destes não responderam a todas (sendo que somente um entrevistado não respondeu a nenhuma das questões), opinando apenas onde julgado apropriado. Logo, obteve-se como coeficiente **3,1** da média das respostas obtidas, conferindo à equipe que atua em nível médio um coeficiente de autoavaliação de padrão bom de desempenho (intervalo entre 2.8 a 3.1).

Apesar de o instrumento trazer pontuações bastante pessoais, o fato da grande maioria dos Auxiliares/Técnicos terem perdido “revelar-se” em características de personalidade que podem contribuir para agregação e/ou fragmentação da equipe, já demonstra que a equipe permite que se revelem suas fragilidades quando se sente *segura*, ou seja, quando se sente parte de um processo construtivo e não punitivo.

Os traços de personalidade pontuados no instrumento trazem à reflexão de fenômenos importantes; a consciência crítica, a capacidade de organizar-se e a criação de projeto alternativo. **Não envolve apenas a dimensão do *ter*, mas a dimensão do *ser*** (DEMO, 2013, p. 148, grifo nosso).

*Ser* traz em si um contexto pleno de complexidade, posto que seu foco é sobretudo *qualitativo*. O mais importante é visualizar a qualidade como expressão complexa e não linear dos fenômenos, percebendo-se como *produtor* de resultados e *ator* de processos. E ao considerar-se uma equipe de padrão bom de desempenho, a equipe de Auxiliares/ Técnicos do estudo diz se enquadrar dentro de um padrão positivo para reavaliação de rotinas e melhoria de processos.

**Tabela 10** – Distribuição das avaliações dos Enfermeiros acerca da estrutura de relações na clínica cirúrgica, Belém, Agosto – 2013

<b>Avaliação</b>	<b>Concorda totalmente</b>	<b>Concorda</b>	<b>Discorda</b>	<b>Discorda totalmente</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Possui habilidades técnicas necessárias para o cargo</b>	20	6			3,7
<b>É alguém em quem se pode confiar</b>	24	3			3,8
<b>Não é uma pessoa excessivamente controladora</b>	16	6	2		3,4
<b>Estimula os outros</b>	12	9	2		3,3
<b>Trata os outros com respeito</b>	28				4
<b>Elogia quando apropriado</b>	24	6			4,3
<b>Não embaraça nem critica negativamente na presença dos outros</b>	12	9		1	3,1
<b>Valoriza os outros</b>	20	6			3,7
<b>Não apunhala ninguém pelas costas</b>	16	9			3,6
<b>É um bom ouvinte</b>	8	15			3,3
<b>Confronta as pessoas com problemas/situações à medida que surgem</b>	4	9	4	1	2,6
<b>Demonstra paciência e autocontrole com os outros</b>	4	18			3,1
<b>Fixa objetivos elevados para si mesmo, tanto quanto para a equipe</b>	4	15	2		3
<b>Deixa claro aos membros da equipe o que espera deles no trabalho</b>	12	9	2		3,3
<b>Busca fundamentação para garantir que os objetivos sejam alcançados</b>	20	3	2		3,6
				<b>TOTAL GERAL</b>	3,4

Fonte - Pesquisa de campo, 2013

Foi garantido aos participantes do estudo o direito de não responder a alguma(s) questão(ões) à(s) qual(is) não se sentisse à vontade para fazê-lo, porém os profissionais participantes que atuam como Enfermeiros na Instituição responderam integralmente às questões. Noto que os participantes ficaram mais reflexivos, demonstraram alguma inquietação em alguns pontos, porém não referiram maiores dificuldades em respondê-lo. Logo, obtive como coeficiente **3,4** da média das respostas obtidas, conferindo à equipe que atua como Enfermeiros uma auto avaliação de padrão excelente de desempenho (intervalo entre 3.2 a 4.0).

Ao avaliar-se como uma equipe de Enfermeiros de padrão excelente de desempenho, espera-se que suas habilidades de liderança e gerenciamento de processos e conflitos estejam em contínuo desenvolvimento e aprimoramento. Demo (2013) nos caracteriza a dialética da qualidade sobre vários pontos. Um deles retrata que a realização humana é feita também, talvez, sobretudo, de concessões.

Dentro deste contexto, os Enfermeiros assinalam características importantes de liderança, tais como saber elogiar quando necessário, confronta pessoas com problemas à medida que surgem, é um bom ouvinte, etc. Assim, tanto em nível individual – em que até certo ponto podemos nos perceber envolvidos em dinâmicas que nunca dominamos de todo – quanto em nível social – onde a democracia exige pactos – a concessão é flagrante, dada a renegociação constante nos processos e do controle do interesse pessoal. Não se obtém qualidade por via mecânica, nem ela age mecanicamente.

## **4.2 Análise de conteúdo**

A análise de conteúdo da etapa subjetiva do instrumento permitiu identificar três categorias que descrevem a percepção de processo de qualidade do gerenciamento da assistência de Enfermagem pela equipe de Enfermagem entrevistada. São categorias empíricas, emergidas após a leitura flutuante dos depoimentos registrados à luz da literatura, as quais são nominadas a seguir: *Foco do papel da Enfermagem no Processo de Qualidade*, *Percepção das implicações de um processo de qualidade para a equipe de Enfermagem* e *Fatores de conduta da equipe x desempenho e resultados*.

### **Categoria 1 – Foco do papel da Enfermagem no Processo de Qualidade.**

Todos os 38 participantes do estudo expressaram-se livremente acerca dos questionamentos realizados sobre suas opiniões pessoais da implantação de um processo de qualidade da assistência de Enfermagem, o qual perpassa pela mensuração de Eventos Adversos (EAs) para construção de indicadores de qualidade da assistência.

O vídeo exibido no grupo focal pôde exemplificar, através de uma realidade de Portugal, pontos básicos para um bom alicerce de qualidade da assistência naquele país, o qual abrange de políticas públicas ao desempenho profissional individual. Na apresentação, foi exemplificado como uma instituição investigou sua incidência de extubação acidental e incidência de perda de sonda nasogastrointestinal para aporte nutricional: como foi acordado o

período de monitoramento (trimestral), a forma de explanação dos resultados (mensal), o foco de ajustes de condutas das equipes (foco multidisciplinar), a projeção dos resultados e impactos nas equipes.

Os participantes, em sua maioria, possuem entendimento de que a Enfermagem possui papel relevante na qualidade da assistência prestada ao paciente, com foco principal voltado para o mesmo, conforme exemplificado pelos registros, a seguir:

*"Oferecer atendimento de qualidade" (A<sub>8</sub>).*

*"Exclusivamente o paciente" (T<sub>19</sub>).*

*"Satisfação do cliente" (E<sub>1</sub>).*

Rocha e Trevizan (2009) consideram que a qualidade consiste justamente na capacidade de atender as necessidades dos clientes por um preço que eles possam pagar. Acrescenta ainda que, numa organização, todos devem fazer o melhor que podem, porém, devem também saber o que fazer. Entretanto, além dessa perspectiva, percebo também o atrelamento da satisfação do cliente à satisfação profissional em âmbito pessoal, conferindo um caráter de empoderamento de ações em prol do alcance da qualidade através do bom desempenho profissional, como descrito abaixo:

*"Melhor atendimento ao meu paciente e satisfação com o meu desempenho" (A<sub>3</sub>).*

*"A satisfação do usuário, principalmente, bem como o sentimento de ter feito o meu melhor mesmo em situações adversas" (E<sub>4</sub>).*

*"Além da realização profissional, a coerência e o meu dever com o ser objeto: o paciente/usuário" (E<sub>5</sub>).*

*"O reconhecimento do usuário, é muito bom ouvir que meu trabalho foi importante, isso me motiva a fazer cada vez melhor (pelo menos tentar)" (E<sub>7</sub>).*

A qualidade de um serviço é resultado do comprometimento e responsabilidade dos sujeitos envolvidos que, dispostos a oferecer um bom atendimento, prezam por não ferir os

aspectos sociais, éticos e religiosos do cliente, cumprindo suas tarefas com êxito (RODRIGUES et al, 2012).

Em relação às expectativas na construção da qualidade do serviço, acerca da motivação própria em buscar aprimoramento, percebo que o grupo oscila entre altas expectativas (T<sub>7</sub>), as quais possuem um nível alto de exigência e/ou empenho de seus componentes, bem como em baixos níveis de interesse (E<sub>6</sub>), o que nos sugere desmotivação e/ou insatisfação em seu ambiente de trabalho, conforme disposto a seguir:

*"Fazer o trabalho corretamente para colaborar com o restabelecimento da saúde do paciente, manter a técnica do conhecimento e a consciência tranquila do trabalho perfeito"* (T<sub>7</sub>).

*"Hoje, nada."* (E<sub>6</sub>).

Observo que T<sub>7</sub> confere ao seu registro uma perspectiva de perfeição – *consciência tranquila do trabalho perfeito* – a qual, por um lado, demonstra segurança e empoderamento de um conhecimento técnico aprimorado; por outro, pode vir a ser facilmente frustrada, posto que eventos adversos podem ocorrer, dado sua produção ser essencialmente humana e passível de erros decorrentes de múltiplos fatores essenciais, e tal ocorrência pode gerar frustração profissional.

O registro de E<sub>6</sub> sugere desmotivação, posto que demonstra a visão de um profissional que não vê sentido em buscar melhoria em suas bases e suas ações, levantando a hipótese de desgaste nos processos e/ou sistemas de seu meio.

**A busca do *optimum*, como termo de comparação de valor, é que busca qualidade e tem como atributos a eficiência, eficácia e efetividade** (D'INNOCENZO et al., 2010, p.101, grifo do autor). A qualidade, enquanto *valor* a ser buscado, deve estar adequada ao contexto sociocultural do ambiente, daí ser definido como padrão de conformidade com padrões e critérios estabelecidos, medidos por indicadores específicos para esse fim.

Foucault *apud* Davel e Vergara (2012, p.92) nos diz que:

O exercício do poder em si mesmo cria e faz emergir novos objetos do conhecimento e acumula novos corpos de informação (...) o exercício de poder perpetuamente cria conhecimento e, por outro lado, o conhecimento constantemente induz efeitos do poder (...) não é possível para o poder ser exercido sem conhecimento, é impossível ao conhecimento deixar de gerar poder.

Sobre a proposta da construção de indicadores de qualidade e mensuração de EAs na clínica cirúrgica, os participantes do estudo falaram das contribuições que estes processos acarretariam, conforme a seguir:

*"Identificação da causa, como condições de trabalho oferecidas pela instituição, incluindo material de qualidade, valorização profissional, pelo menos material necessário para atividades de trabalho na assistência" (A<sub>9</sub>).*

*"Ter parâmetros precisos para localizar e mensurar tais eventos, seja através de protocolos, de pesquisas, enfim (...)" (A<sub>10</sub>).*

*"O trabalho em conjunto, ou seja, multiprofissional, onde todos contribuem para uma melhor recuperação do paciente" (T<sub>3</sub>).*

*"A união entre os profissionais e a busca por uma qualidade de serviço melhor" (T<sub>5</sub>).*

Estratégias e/ou metas de gerenciamento de unidade são manifestadas, elencando fatores importantes ao bom desempenho da equipe, como demonstram o registros abaixo:

*"Tomada de consciência sobre a importância do nosso trabalho, bem como a responsabilidade que temos quando lidamos com a vida humana" (E<sub>1</sub>).*

*"A possibilidade de verificar os pontos fracos, educar e treinar para evitar novos eventos, assim obter novos resultados com a melhoria de qualidade" (E<sub>2</sub>).*

*"Com certeza, a melhoria da qualidade do serviço" (E<sub>5</sub>).*

*"Preservação e segurança do paciente" (E<sub>6</sub>)*

D'innocenzo et al., (2010) nos diz que o uso de indicadores, cada vez mais, auxiliam na vigilância da qualidade assistencial e na identificação de oportunidades para melhorá-la. Como consequência, a construção do conhecimento com o uso de indicadores passa a ter importância na gestão dos serviços.

As falas analisadas demonstram preocupação dos profissionais Enfermeiros em buscar estratégias de agregamento das equipes e análises de processos para o alcance da

melhoria dos resultados, próprios de quem reconhece como um de seus papéis a função de gerente de unidade. Enquanto Enfermeiros, é esperado que sejam o alicerce de suas equipes, logo indicam que há percepção dos fatores objetivos dos processos – *a possibilidade de verificar os pontos fracos, educar e treinar* – bem como dos fatores subjetivos de influência nos mesmos – *tomada de consciência sobre a importância do nosso trabalho*.

Nesse contexto, a implementação de indicadores como: total de horas de enfermagem providas por paciente/dia, satisfação do paciente com o gerenciamento da dor, satisfação do paciente com o cuidado de um modo geral, dentre outros, poderiam dar um melhor direcionamento aos ajustes pertinentes ao aprimoramento da assistência prestada pela equipe de Enfermagem.

## **Categoria 2 – Percepção das implicações de um processo de qualidade para a equipe de Enfermagem.**

Sobre a percepção dos profissionais acerca das implicações que um processo de qualidade da assistência gera à sua equipe, o ponto de convergência maior foi observado em relação ao conhecimento técnico e seu impacto na assistência – quer de forma positiva, quando bem embasado, quer de forma negativa, quando superficial. Desta forma, ao serem indagados sobre o sentimento de trabalhar com alguém que demonstre conhecimento técnico maior que o seu, os participantes expressaram-se da seguinte forma:

*"Me sinto segura, pois a pessoa pode me passar esse conhecimento e me engrandecer no meu trabalho" (A<sub>5</sub>).*

*"Sinto vontade de alcançar o mesmo nível de conhecimento" (A<sub>7</sub>).*

*"Estimulada a aprender, trocar ideias, inovar" (E<sub>2</sub>).*

*"Se essa pessoa for acessível, procuro aprender com ela. Caso contrário, me viro, corro atrás de livros, artigos e tento equilibrar o patamar" (E<sub>7</sub>).*

A falta de interesse e motivação de alguns profissionais é vista como uma dificuldade para implementação do processo. Mudanças nos discursos e atitudes só ocorrerão com

envolvimento e compromisso, por serem elementos essenciais para a superação das dificuldades encontradas nos serviços. As atitudes positivas dos profissionais poderão colaborar para que as mudanças possam ser instituídas de forma mais fácil (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012; SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

Neste contexto, percebo que a equipe faz relação entre conhecimento técnico fundamentado e segurança nas ações assistenciais. Contudo, os participantes enfatizam o ponto subjetivo do processo, o qual valoriza a relação pessoal dos indivíduos que conhecem “mais” em relação diante daqueles que conhecem “menos”. Os registros demonstram que os participantes possuem interesse pessoal na busca pelo aprimoramento através da troca de experiências com um colega que demonstre maior conhecimento técnico – *Sinto vontade de alcançar o mesmo nível de conhecimento* – porém tal interesse está explicitamente vinculado à ausência de julgamento de capacidade – *Se essa pessoa for acessível, procuro aprender (...), caso contrário, (...) corro atrás.*

O revés desta situação, por outro lado, gera nos participantes as mais diversas sensações. Os depoimentos abaixo nos exemplificam as percepções acerca da ocorrência de um evento adverso por falha de conhecimento:

*"Me sinto insegura e sobrecarregada, pois por mais que tento me afastar do perfeccionismo, estarei monitorando os possíveis erros da pessoa, para ajudá-la ou evitar um erro" (T<sub>7</sub>).*

*"Assumo e tento não errar mais" (A<sub>4</sub>).*

*"Fico triste, mas eu sou um ser humano" (A<sub>5</sub>).*

*"(...) Admitir um erro não é ser taxado de burro, e sim admitir que você é um ser humano, cheio de vícios e suscetível a erros. O importante é saber lidar com erro e aprender com ele, tirando proveito do que é 'correto' a fazer" (A<sub>11</sub>).*

*"Para os profissionais poderia ser visto como mais uma obrigação a ser cumprida, porém se bem trabalhado junto à equipe, acredito piamente que a maioria colaboraria, uma vez que seria encarado como uma forma de aprimoramento do trabalho coletivo" (A<sub>10</sub>).*

Nos registros, o manejo na abordagem de correção dos erros para controle dos eventos adversos é o ponto máximo das relações no desenvolvimento dos processos – *admitir*

*um erro não é ser taxado de burro* – pois juízos de valores no momento da intervenção podem causar impacto negativo na correção de ações, ao passo que uma abordagem construtiva, de apontamento de falhas e direcionamento para otimização de ações possui maior receptividade – *uma forma de aprimoramento do trabalho coletivo*.

A publicação do relatório “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, ao final da década de 90, alertou a sociedade para a falta de segurança vivenciada por pacientes. A segurança do paciente, então, passou a ser incluída como uma das seis dimensões para a qualidade dos sistemas de saúde no relatório *Crossing the quality chasm*, publicado em 2011: segurança do paciente, objetivos centrados no paciente, efetividade, eficiência, oportunidade e equidade (LOBÃO; MENEZES, 2012).

Seguindo o pensamento dos autores, o relatório “Errar é Humano” coloca em evidência, pela primeira vez, a inerência do erro humano em uma atividade até então imaculada pelo princípio hipocrático da não maleficência, o *primum non nocere*. Ao mesmo tempo, esse relatório também define que os erros na atenção à saúde podem ser evitados projetando-se sistemas que dificultem sua ocorrência e facilitem que os profissionais tomem decisões corretas.

Não foram trabalhadas no vídeo as implicações legais e/ou criminais em que estão inseridos os EAs ocorridos durante a assistência. Todavia, a ciência de uma má repercussão profissional, com possibilidade de punição e demais implicações legais perpassa pela opinião de alguns dos entrevistados, conforme disposto a seguir:

*"Não exito em admiti-los e evidentemente tendo consciência que, ao admiti-lo, estou arcando com as consequências que por ventura forem advindas deles. Todavia, procuro auto avaliar-me para não reincidir nos mesmos e evitar que outros venham, sabendo, contudo, que isso não significa que não mais cometerei nenhum" (A<sub>10</sub>).*

*"De acordo com a gravidade em questão, comunicando a outras instâncias para a resolução do problema. Por outro lado, refletir melhor para estar sempre atenta e vigilante aos acertos" (E<sub>5</sub>).*

*"Decepção. Sentimento de culpa" (E<sub>6</sub>).*

*"Com naturalidade, só vou ver onde errei e procurar não errar" (T<sub>19</sub>).*

Os profissionais demonstram conhecimento de que há implicações sérias ao profissional que protagonizar um EA grave e/ou de má repercussão na recuperação da saúde do cliente. Preocupam-se com essa possibilidade e este fato os leva a refletir suas ações, na intenção própria de buscar evitar reincidência – *Procuro auto avaliar-me, refletir melhor*. Por outro lado, a fala de T<sub>19</sub> remete à hipótese de que eventos adversos são naturais, ou seja, frequentes e, assim sendo, ele se caracterizaria como “mais um”, logo encarando *com naturalidade* (grifo nosso). Todavia, ainda que hipoteticamente corriqueiro, demonstra vontade em evitar que se repita – *Só vou ver onde errei e procurar não errar*.

D’innocenzo et al. (2010) ressalta a necessidade de se disponibilizar um serviço de maneira a permitir que a organização tenha um panorama nítido, um diagnóstico sobre sua situação e de como administrar e diminuir sua forma de se expor ao risco e, essencialmente, prevenir danos ao paciente.

Mais uma vez o gerenciamento dos processos é destacado na fala dos profissionais entrevistados, como podemos apreciar a seguir:

*"(...) O problema está no fato de que a saúde ainda trabalha com o estigma de 'quem é o culpado' e que como resposta você será retaliado. Enquanto que a utilização de indicadores, ela não procura 'culpados' e sim a raiz causadora do problema para obter dados concretos para implantar melhorias no ambiente de trabalho" (A<sub>11</sub>).*

*"A falta de união entre os profissionais" (T<sub>5</sub>).*

*"Quando não se tem uma boa chefia, nada dá certo. Não adianta plantar tarefas, se a equipe não está satisfeita com o andamento do processo" (T<sub>12</sub>).*

*"A equipe achar que os achados foram negativos ou de forma negativa" (T<sub>17</sub>).*

O manejo das ações gerenciais é levantado nos depoimentos acima, posto que os profissionais exemplificam situações de “não-conformidades” - *falta de união entre os profissionais, não adianta plantar tarefas, equipe achar que os achados foram negativos* – associados à hipótese de uma “punição” sem finalidade construtiva – *a saúde ainda trabalha com o estigma de 'quem é o culpado' e que como resposta você será retaliado; quando não se tem uma boa chefia nada dá certo*.

D'innocenzo et al. (2010, p.143) relata que **quando fatores potenciais de riscos e eventos adversos são identificados, os mesmos devem ser analisados e tratados. Isto se realiza em termos de frequência, recorrência e gravidade.**

Desta forma, reconhecem a importância do trabalho em equipe, logo a falta de união pode tornar-se um empecilho ao alcance dos resultados. Outrossim, na busca pela melhoria dos processos, faz-se mister uma condução de gerenciamento destes baseados em avaliação e aprimoramento de seus componentes, não assumindo uma conotação puramente depreciativa e punitiva do profissional.

### **Categoria 3 – Fatores de conduta da equipe x desempenho e resultados.**

Na construção de indicadores de qualidade, durante o grupo focal foram destacados três pontos de sustentação das ações: protocolos clínicos, trabalho em equipe e qualidade. Foi enfatizada relação entre objetividade (resultados) e subjetividade (pessoas que geram os resultados), sendo necessário o equilíbrio das ações para proporcionar a valorização profissional, e através dela alcançar melhores produções.

Kurcgant et al. (2009) nos diz que para avaliação do desempenho institucional, um dos focos de análise diz respeito aos métodos, instrumentos e/ou ferramentas adotados para a concretização do processo avaliativo. Nessa direção, ocorre a proposta da adoção de indicadores como instrumentos de medição de qualidade em saúde e os conceitua como variáveis que medem, quantitativamente, as variações ou comportamentos de qualidade pré-estabelecidos.

À luz das considerações realizadas pelos sujeitos do estudo, comparações, conceitos e reflexões foram realizados acerca da mensuração de EAs no serviço e suas repercussões. Simultaneamente, cogitaram-se estratégias para poder visualizar mecanismos de ação dos EAs (por quê eles ocorrem?) e, uma vez definidos estes mecanismos, poder elencar quais condutas da equipe poderiam contribuir para a diminuição da incidência de tais eventos, quais fatores de conduta poderiam contribuir para o aumento desta incidência e como tornar visível a toda a equipe os resultados obtidos para fomentar avaliação e mudança de conduta durante a assistência.

Percebo nas falas que, como um dos pontos de sustentação, o trabalho em equipe é presente na expressão dos entrevistados, sobretudo no que tange à estrutura de relações. Tais relações, fundamentalmente pessoais, dão o tom das ações voltadas para a assistência, conforme os relatos a seguir:

*"Se a pessoa for flexível e demonstre interesse em querer aprender, colaboro. Porém, há pessoas que não aceitam tal situação, então prefiro não contestá-las para evitar animosidades e espero as circunstâncias fluírem mais naturalmente, sem para isso precisar me auto firmar" (A<sub>10</sub>).*

*"Às vezes procuro não entrar em 'confronto' direto, pois não é o fato de 'saber menos' que complica e sim o fato de que algumas pessoas são extremamente difíceis em aceitar que desconhecem determinados assuntos e não aceitam receber orientações ou que outrem compartilhe conhecimento" (A<sub>11</sub>).*

*"Sinto-me na obrigação de estimular na busca do conhecimento, para que possamos melhorar a assistência e conseqüentemente organizar melhor o serviço" (E<sub>4</sub>).*

*"Preocupada com o nível de conhecimento e qualidade que estamos oferecendo" (E<sub>5</sub>).*

*"Se a pessoa quiser aprender, estou pronta a ajudar" (E<sub>7</sub>).*

Há expressões de preocupação, denotando envolvimento pessoal na busca pelo melhor desempenho. Há expressões de sobrecarga, quando o “desnível” de conhecimento evidencia a iminência de erros, que tornam árduo o trabalho do profissional comprometido em detrimento daquele que não parece tão envolvido na repercussão de suas ações. Há também expressões que levantam hipótese de desmotivação na busca pela socialização de conhecimentos, frente à resistência pessoal do profissional em atualizar conhecimentos e gerar mudanças de conduta durante a assistência.

Segundo Souza, Santos e Monteiro (2013), o problema da ausência do trabalho em equipe, da falta de corporativismo na Enfermagem, resulta em um trabalho fragmentado. Assim sendo, cada profissional faz a sua parte, não se importando com o todo, observando-se na prática uma valorização dos profissionais no desempenho de rotinas e técnicas, ocorrendo dificuldades em inovações, novos desafios e busca de caminhos que favoreçam o cuidado.

De acordo com o estudo de Gomes et al (2012), a gestão de pessoas é uma das principais preocupações expressas pelas gerentes. Dessa forma, observa-se que, especificamente, a liderança deve ser uma competência a ser desenvolvida pelo enfermeiro. A liderança é tida como “saber se relacionar” com as distintas pessoas da organização, tais como, superiores, subordinados e os setores envolvidos na prestação da assistência à saúde.

Seguindo a análise do estudo presente, ressalto aqui que os entrevistados citam como fontes frequentes de aquisição de conhecimento os diálogos, as trocas de experiências e as relações diretas no ambiente de trabalho, além de livros e cursos, como demonstram as expressões a seguir:

*"Cursos, capacitações, leitura, diálogos" (A<sub>9</sub>).*

*"A leitura e o diálogo com os profissionais, seja ele médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, etc." (T<sub>2</sub>).*

*"Livros, artigos, noticiários, observações, palestras, cursos, etc." (T<sub>7</sub>).*

*"O conhecimento através dos cursos, meios de comunicação, Internet e a vivência cotidiana na troca de experiências com os outros" (E<sub>2</sub>).*

É válido informar que fontes de dados oficiais e práticas baseadas em evidências também foram citadas por E<sub>3</sub>, porém as relações diretas no ambiente de trabalho são as mais expressivas fontes de informações citada pelos entrevistados, levando à hipótese de que a equipe desempenha suas ações considerando de forma importante aquilo que é *dito* durante seus turnos de trabalho, ficando em segundo plano a procedência da fonte de informação daquele que *diz e é ouvido* (grifo nosso).

Outro fator de conduta relevante levantado é o manejo de situações onde EAs e erros com impacto negativo ao paciente são identificados, como visualizados nas falas:

*"Eu, como integrante da equipe, evidentemente que o erro também - mesmo que indiretamente - recai sobre a minha pessoa, todavia tento contornar a situação entre o colega e eu. Em últimas instâncias é que comunicamos à chefia. Ressalto aqui que a postura da enfermeira é determinante para tal omissão, visto que, se ela transmite segurança e respeito aos subalternos (técnicos), é elementar que o erro será socializado, digo, comunicado a ela" (A<sub>10</sub>).*

*"Irritada, porque não fui capaz de detectar ou evitar a falha" (E<sub>3</sub>).*

*"Faço abordagem individual, procurando esclarecer o problema e mostrar que por mais grave que possa ter sido, precisamos esclarecer e pontuar para não haver reincidência" (E<sub>4</sub>).*

*"Lamento. Disfarço." (E<sub>6</sub>).*

Nos serviços de enfermagem, as competências gerenciais de uma equipe de alta performance podem ser descritas como: liderança, alinhamento de propósitos, comunicação afetiva, visão comum do futuro, foco no cliente, talentos criativos, rapidez de respostas, responsabilidades e competências compartilhadas, senso de justiça, ética, entre outras. Essas competências são exigências comuns a qualquer organização, independentemente de sua filosofia, estrutura ou estratégia organizacional (GOMES et al, 2012; RUTHES; CUNHA, 2009).

Lobão e Menezes (2012) ressaltam a relevância da abordagem sistêmica do erro, que tem como preceito a falibilidade do ser humano em suas atividades e a possibilidade da ocorrência do erro nas mais diversas organizações. Nesse modelo, as barreiras de proteção ocupam papel fundamental, e quando ocorre um EA, a questão mais importante não é identificar o culpado pelo erro, e sim descobrir por que as defesas falharam ou se houve uma violação de conduta.

Como em qualquer instituição, em qualquer que seja seu contexto, os EAs irão ocorrer e terão uma determinada frequência. Percebo que isso ficou claro durante a execução dos grupos focais. No entanto, ao refletirem à própria realidade, os profissionais indicam que optam por resoluções “domésticas”, “amigáveis” de resolução, onde a socialização do erro poderá gerar depreciação profissional, dependendo do gerenciamento no momento do turno de trabalho. E tal fato é mais importante de ser evitado que o erro cometido.

Verifica-se também a oscilação de condutas dos profissionais que gerenciam as equipes, no caso os Enfermeiros. Enquanto uns demonstram irritação, outros buscam ajustar condutas na coletividade, como também há que opte por não intervir de forma alguma.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de Enfermagem da clínica cirúrgica do Hospital Universitário de referência estudada possui pontos “nevrálgicos” na estrutura de sua composição, no que tange à diferença entre faixas etárias, tempo de permanência no mesmo setor e tipos de vínculo empregatício. Mas também, nas suas avaliações de relações e processos. Apesar de, no geral, terem construído um conceito de “bom/excelente desempenho” na percepção de relações, caracterizou-se em um quadro de “problema em potencial” na percepção de processos. Desta forma, a condução dos Enfermeiros, como gerentes de unidades, é que pode ser o diferencial na produtividade do serviço.

O exercício da habilidade de liderança, somado às habilidades técnicas e gerenciais, é visto como o alicerce para o bom andamento do serviço – tanto pelos Enfermeiros, quanto pelos profissionais de nível médio. Neste ponto, estes últimos deixam claro que é o tipo de abordagem do Enfermeiro que faz diferença na exposição de um evento adverso, posto que muitas vezes tal exposição é conduzida para o aprimoramento profissional individual e coletivo, porém, diante da possibilidade de serem unicamente punidos, os profissionais omitem suas falhas, na tentativa de proteger-se a si, em detrimento da repercussão ao paciente.

A Qualidade, enquanto propósito de estruturação de serviços é focada, sobretudo, na satisfação do cliente, porém enfatiza que esta é mais bem alcançada através da realização profissional, haja vista que os níveis de atenção, produção e vigilância contínuos são desenvolvidos por profissionais, passíveis de falhas, que necessitam de investimentos e motivação para uma atuação eficaz.

Percebo que há algo que sobressai na expressão dos profissionais abordados: vontade de aprimoramento do serviço, através e/ou juntamente como pessoal. Nas suas colocações, percebi baixa diferenciação de envolvimento com o serviço em detrimento do tipo de vínculo empregatício com a Instituição, diante da diferenciação salarial e de progressão profissional para os vínculos apresentados. Poucos profissionais se descreveram insatisfeitos e/ou sem perspectiva de progressão no serviço, sendo servidores ou contratados, independentemente.

Os profissionais servidores públicos não demonstram entusiasmo laboral maior, podendo este estar relacionado à estabilidade no serviço. Nem tão pouco observo menor entusiasmo laboral naqueles profissionais contratados. Vejo neste sentido, como ponto positivo, a boa receptividade dos profissionais em aprimorar técnicas e processos, associando sua realização profissional ao bom desempenho da unidade.

No que se refere aos Auxiliares/Técnicos de enfermagem, estes ressaltam a necessidade de terem metas e processos bem definidos, para que as atividades voltadas para melhoria da qualidade não sejam vistas como sobrecarga e/ou “banalização” dos esforços, mais uma vez destacando a condução gerencial da unidade como ponto de equilíbrio na estruturação do trabalho de Enfermagem durante a assistência.

Um ponto relevante destacado por Enfermeiros e técnicos é que o aprimoramento de falhas está extremamente relacionado ao nível de diálogos em serviço e componentes de relação pessoal. Penso, então, que este ponto pode ser fator de desnivelamento de condução dentro da unidade. Emerge a necessidade de enfatizar ações e fluxos na assistência de Enfermagem pautados em normas, rotinas e protocolos assistenciais, devidamente formalizados e em consonância com bases teóricas atualizadas, diminuindo o fator subjetivo da “aceitação pessoal” para otimizar o fator objetivo da construção de indicadores de qualidade no serviço.

A proposta que se sugere ao serviço é da implantação de indicadores de enfermagem por etapas: primeiro os que são ligados à assistência direta (incidência de queda de pacientes, incidência de úlcera por pressão, incidência de flebite, problemas relacionados à medicação, etc.). Em paralelo, a gerência de Enfermagem constrói os indicadores gerenciais (absenteísmo, horas de enfermeiro/cuidado mínimo e intermediário, hora de enfermeiro/cuidado semi-intensivo, hora técnico de enfermagem/ cuidados mínimos e intermediários, hora técnico de enfermagem/cuidados semi-intensivos, taxa de rotatividade de profissionais de Enfermagem, etc.

Após mensuração dos mesmos, sugerimos a metodologia de avaliação por triangulação de métodos para apreciação e análise de toda equipe, para que cada sujeito sintasse parte relevante do processo, sentindo-se motivado a contribuir para o sucesso ou para a melhoria dos processos em níveis oscilantes de impacto negativo para a qualidade da assistência de Enfermagem prestada no serviço.

Assim, o presente estudo permitiu conhecer a percepção da equipe em relação ao processo de qualidade do gerenciamento da assistência de Enfermagem, suas relações, fatores de conduta que interferem no desempenho do serviço e entendimento acerca de um processo de implantação/mensuração de indicadores da assistência de Enfermagem. Conhecer a caracterização da equipe nos permitiu visualizar aspectos individuais que influenciam na produtividade e adesão à novos processos.

Com a estratégia de grupos focais, aliada à estruturação da abordagem – com acolhimento dos sujeitos e discussão imparcial das implicações da mensuração de indicadores

de enfermagem na assistência – pudemos perceber que a equipe permitiu-se revelar particularidades de sua condução de processos, o que nos permitiu sinalizar pontos fortes e fracos de suas relações e percepções acerca dos processos ora instituídos, porém ficando clara a necessidade de capacitações contínuas e acompanhamento seriado desta equipe para uma implantação de indicadores de assistência de Enfermagem com adesão progressiva e contínua de sua equipe.

Há necessidade de continuidade, em um novo estudo, da abordagem dos componentes relacionados à qualidade nos serviços de saúde e, tendo em vista a boa perspectiva de aceitação dos participantes, penso que a investigação avaliativa por triangulação de métodos possa abranger de forma mais efetiva os propósitos para este fim, uma vez que os profissionais demonstram vontade em contribuir para com a melhoria dos processos, agregando a intenção de crescimento profissional dentro da instituição, o que torna suas percepções e contribuições extremamente valiosas.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Antônio. **Indicadores de qualidade da assistência como ferramenta de gestão**. In: V Fórum de Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). São Paulo (SP), 2012. 1 vídeo-cd.
- ANVISA. Organização Nacional de Acreditação. **Manual de acreditação das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. 4. ed. Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 4. ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2003.
- BALSANELLI, A. P. et al. **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CARVALHO, V. de. Globalización y competitividad: contexto desafiante para la formación de enfermería. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n.1, p. 171-179, 2011. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100024>>. Acesso em: 20 out. 2012.
- CULLUM, N. et al. **Enfermagem baseada em evidências – uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CUNHA, K. de C. (coord.). **Gerenciamento na enfermagem: novas práticas e competências**. São Paulo: Martinari, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Gestão de pessoas: foco na enfermagem atual**. São Paulo: Martinari, 2008.
- D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditoria, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.
- DAVEL, E.; VERGARA, S. C. **Gestão com Pessoas, subjetividade e Objetividade nas Organizações**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- DRAGANOV, P. B.; FRIEDLANDER, M. R. e SANNA, M. C. **Andragogia na saúde: estudo bibliométrico**. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.1, p. 149-156, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/21.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2011.
- FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliação, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação**. São Paulo: Martinari, 2004.

FRANCO, J. N. et al. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.5, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/18.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2011.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Brasília, DF: Liber Livro, 2008. 80 p. (Série Pesquisa; v. 6).

GOMES, L. M. X. et al. Análise do trabalho de enfermeiras gerentes de instituições hospitalares: um estudo de caso. **Motricidade**, v.8, n.2, p.158-166, 2012.

GUIMARÃES, A. T. et al. Gerenciamento do pessoal de enfermagem com estabilidade no **emprego**: percepção de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.** v.64, n. 5, 2011. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a16v64n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a16v64n5.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2013.

HARADA, M. J. C.C.S. [et al]. **Gestão em Enfermagem**: ferramenta para a prática segura. São Paulo: Yendis, 2011.

HINRICHSEN, S L. **Qualidade & segurança do paciente**: gestão de riscos. Rio de Janeiro: Medbook, 2012.

HUNTER, J. C. **Como se tornar um líder servidor**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: Estudos & Pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica, 2010, n. 27.

JCI - JOINT COMMISSION RESOURCES. **Temas e estratégias para liderança em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 182 p.; 28 cm.

\_\_\_\_\_. **Gerenciamento do corpo assistencial**: manual aos padrões da *Joint Commission*; tradução: Paulo Henrique Machado. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

KURCGANT, P. e CIAMPONE, M. H. T. A pesquisa na área de Gerenciamento em Enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 2, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a06.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2011.

KURGANCT, P.; MELLEIRO, M. M. e TRONCHIN, D. M. R. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 539-544, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a02v61n5.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2011.

KURCGANT, P. et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. **Ver. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 43, p. 68-73, 2009. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a04v43s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a04v43s2.pdf)>. Acesso em: 24 jun. 2011.

LEÃO, E.R. [et al]. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

LOBÃO, W. M.; MENEZES, I. G. Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, jul./ago., 2012.

LOMBARDI, D M.; JR et al. **Gestão da assistência à saúde**. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

LUONGO, J. et al. **Gestão em qualidade em saúde**. São Paulo: Rideil, 2011.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MOURA, G. M. S. S. de. **Segurança do paciente na Enfermagem**. Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto (PROENF). Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2012; 7 (3): 9-40.

MAGALHÃES, A. M. M. de; DALL'AGNOL, C. M. and MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. esp, p. 146-154, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700019>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio Ltda, 2009.

MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S. M. R. C de. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. **Enfermagem em Foco**. p. 85-88, 2011.

MANZO, B. F. et al. Nursing in the hospital accreditation process: practice and implications in the work quotidian. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2012. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100020>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidade básica de saúde. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POPE, C.; MAYS, N.. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROCHA, E. S. B. and TREVIZAN, M. A.. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 240-245, 2009.

RODRIGUES, A. V. D. et al. Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 46 n. 1, p. 167-74, 2012. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a23.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2012.

RUTHES, R; CUNHA, I. C. K. O. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 901-905, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a16v62n6.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2013.

SANTOS, Q. G. et al. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 833-837, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1414-81452011000400024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-81452011000400024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 24 set. 2012.

SIQUEIRA, V. T. A.; KURCGANT, P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 151-157, 2012. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a21.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2012.

SOUZA, M. F. G. de; SANTOS, A. D. B. dos; MONTEIRO, A. I. Processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. Bras. de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 167-73, mar./abr, 2013.

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

1. Título do projeto: PERCEPÇÃO DOS PROCESSOS DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA CIDADE DE BELÉM (PA) – UM ESTUDO DE ANÁLISE QUANTI-QUALITATIVA;
2. Este estudo tem como objetivo discorrer acerca dos processos de gerenciamento dos indicadores de assistência de Enfermagem e identificar os fatores que interferem na atuação do profissional de enfermagem quanto à prática baseada nestes na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário “João de Barros Barreto”;
3. Será aplicada a metodologia de grupos focais, onde serão abordadas bases teóricas em apresentação oral e aplicação de questionário semiestruturado aos participantes do estudo;
4. O estudo não envolve riscos à integridade dos participantes;
5. Somente ao final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício;
6. Garantia de acesso: Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso ao profissional responsável para esclarecimentos de eventuais dúvidas e/ou questionamentos pertinentes. A principal investigadora é a En<sup>ª</sup>. Clarice Geórgia Monteiro Dias e Silva, que pode ser encontrada no Hospital Universitário “João de Barros Barreto” (HUJBB), na Rua dos Mundurucus, nº 4487, fone 32016637, e-mail: clamonte@hotmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética em pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, no endereço citado acima, fone 32016754 – e-mail: cephujbb@yahoo.com.br;
7. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo a continuidade de suas atividades laborais na Instituição;
8. Direito de Confidencialidade – as informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum indivíduo;
9. Terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, que sejam de conhecimento do pesquisador responsável;
10. Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;
11. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos adotados neste estudo, o participante tem direito às indenizações legalmente estabelecidas;

12. O pesquisador responsável assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo “Percepção dos processos de qualidade da assistência de enfermagem na clínica cirúrgica de um hospital universitário da cidade de Belém (PA) – um estudo de análise quanti-qualitativa”. Eu discuti com a Enf<sup>a</sup>. Clarice Silva sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros pra mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso à indenização, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Belém (PA), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do sujeito**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
**Clarice Geórgia Monteiro Dias e Silva**

**Pesquisadora Responsável**

End: Hospital Universitário João de Barros Barreto, Clínica Cirúrgica.

Fone: (91) 32016737/ 81568706

COREN-PA: 100.070

E-mail: **clamonte@hotmail.com**

Belém (PA), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O presente instrumento integra a pesquisa intitulada PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE REFERÊNCIA: UMA ABORDAGEM QUANTI-QUALITATIVA. Por favor, assinale com o X o quadrado apropriado nas questões objetivas – se você não tem opinião sobre algum tema específico, deixe o quadrado em branco. Nas questões subjetivas, por favor, responda conforme solicitado, mesmo que de forma breve, pois sua opinião é extremamente relevante. Os dados coletados serão analisados e dispostos em gráficos (e/ou tabelas) e categorias de análise, sendo garantido seu anonimato.

### PARTE I – PERFIL

#### 1. FAIXA ETÁRIA:

- ( ) < 20 ANOS.  
 ( ) 20 – 30 ANOS  
 ( ) 31 – 40 ANOS  
 ( ) 41 – 50 ANOS  
 ( ) > 51 ANOS

#### 2. CARGO QUE ATUA NA INSTITUIÇÃO:

- ( ) AUXILIAR DE ENFERMAGEM  
 ( ) TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
 ( ) ENFERMEIRO

#### 3. FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

- ( ) NÍVEL MÉDIO COMPLETO  
 ( ) NÍVEL SUPERIOR INCOMPLETO. CURSO: \_\_\_\_\_  
 ( ) NÍVEL SUPERIOR COMPLETO. CURSO: \_\_\_\_\_  
 ( ) ESPECIALISTA. ÁREA: \_\_\_\_\_  
 ( ) MESTRANDO  
 ( ) MESTRE. CURSO: \_\_\_\_\_  
 ( ) DOUTORANDO  
 ( ) DOUTOR. CURSO: \_\_\_\_\_

#### 4. TEMPO DE ATUAÇÃO NA CLÍNICA CIRÚRGICA:

- ( ) < 6 MESES  
 ( ) < 1 ANO  
 ( ) 1 – 5 ANOS  
 ( ) 6 – 10 ANOS  
 ( ) 11 – 15 ANOS  
 ( ) > 16 ANOS

5. TURNO DE TRABALHO:  
 MATUTINO  
 VESPERTINO  
 NOTURNO
6. DE ONDE VOCÊ VEM, NA MAIORIA DAS VEZES, ANTES DE ASSUMIR SEU TURNO DE TRABALHO?  
 RESIDÊNCIA  
 OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO  
 CURSO DE FORMAÇÃO (GRADUAÇÃO, APRIMORAMENTO)  
 OUTROS. ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_
7. POSSUI OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO?  
 SIM. QUANTOS? \_\_\_\_\_  
 NÃO
8. TIPO DE VÍNCULO COM O HUIBB:  
 CONCURSADO  
 CONTRATADO

#### PARTE II – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DE RELAÇÕES.

	Concorda Totalmente	Concorda	Discorda	Discorda totalmente
1. Possui habilidades técnicas necessárias para o cargo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. É alguém em quem se pode confiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não é uma pessoa excessivamente controladora ou dominadora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estimula os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trata os outros com respeito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Elogia quando apropriado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Não embaraça, nem critica negativamente na presença dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Valoriza os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Não “apunhala” ninguém pelas costas (focar, participar de “panelinhas”, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. É um bom ouvinte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Confronta as pessoas com problemas/situações à medida que surgem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Demonstra paciência e autocontrole com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fixa objetivos elevados para si mesmo, tanto quanto para a equipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Deixa claro aos membros da equipe o que espera deles no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Busca fundamentação para garantir que os objetivos sejam alcançados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### PARTE III – CONCEITOS E PERCEPÇÕES.

1. COMO VOCÊ SE SENTE TRABALHANDO COM ALGUÉM QUE DEMONSTRA TER CONHECIMENTO MAIOR QUE O SEU TECNICAMENTE?

2. COMO VOCÊ SE SENTE TRABALHANDO COM ALGUÉM QUE DEMONSTRA TER CONHECIMENTO MENOR QUE O SEU TECNICAMENTE?
3. O QUE LHE MOTIVA A BUSCAR SER MELHOR?
4. O QUE VOCÊ BUSCA PARA MANTER-SE ATUALIZADO?
5. NA CONDIÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ESTA-SE SUCETÍVEL A ERROS, COMO EM QUALQUER ÁREA. COMO VOCÊ REAGE A UM ERRO SEU?
6. COMO VOCÊ REAGE A UM ERRO DE UM MEMBRO DA EQUIPE?
7. NA SUA OPINIÃO, O QUE SERIA POSITIVO NA MENSURAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES?
8. NA SUA OPINIÃO, O QUE SERIA NEGATIVO NA MENSURAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES?

**APÊNDICE C – ANÁLISE DO INSTRUMENTO – PARTE II (ESTRUTURA DE  
RELAÇÕES)**

	<b>Concorda totalmente</b>	<b>Concorda</b>	<b>Discorda</b>	<b>Discorda totalmente</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Possui habilidades técnicas necessárias para o cargo</b>	4	3	2	1	Soma das respostas/ n° total de pessoas
<b>É alguém em quem se pode confiar</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Não é uma pessoa excessivamente controladora</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Estimula os outros</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Trata os outros com respeito</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Elogia quando apropriado</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Não embaraça nem critica negativamente na presença dos outros</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Valoriza os outros</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Não apunhala ninguém pelas costas</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>É um bom ouvinte</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Confronta as pessoas com problemas/situações à medida que surtem</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Demonstra paciência e autocontrole com os outros</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Fixa objetivos elevados para si mesmo, tanto quanto para a equipe</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Deixa claro aos membros da equipe o que espera deles no trabalho</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>Busca fundamentação para garantir que os objetivos sejam alcançados</b>	4	3	2	1	Idem acima
<b>TOTAL GERAL</b>					Média total/ n° total de pessoas

PONTUAÇÃO ..... 0.0 – 2.3 ÁREA DE PROBLEMA URGENTE  
2.4 – 2.7 ÁREA DE PROBLEMA EM POTENCIAL  
2.8 – 3.1 BOM DESEMPENHO  
3.2 – 4.0 EXCELENTE DESEMPENHO

