



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

THADEU BORGES SOUZA SANTOS

**PERCEÇÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE INDICADORES
DE QUALIDADE NO GERENCIAMENTO DA UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO**

**Salvador
2011**

THADEU BORGES SOUZA SANTOS

**PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE INDICADORES
DE QUALIDADE NO GERENCIAMENTO DA UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde; Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Enêde Andrade da Cruz

**Salvador
2011**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca das Escolas de Enfermagem e
Nutrição, SIBI - UFBA.

S237p Santos, Thadeu Borges Souza
Percepção das enfermeiras sobre indicadores de qualidade no
gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo / Thadeu Borges
Souza Santos. – Salvador, 2011.
14F f. : il.

Orientador: Profa. Dra. Enêde Andrade da Cruz.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem, 2011.

1. Serviços de saúde – Controle de qualidade. 2. Indicadores de
qualidade em assistência à saúde. 3. Unidade de Tratamento Intensivo. 4.
Saúde – Administração. 5. Enfermagem – Qualidade. I. Cruz, Enêde
Andrade da. III. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem.
IV. Título.

CDU : 616-083:658.56

THADEU BORGES SOUZA SANTOS

**PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE INDICADORES
DE QUALIDADE NO GERENCIAMENTO DA UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde; Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovado em 28 de fevereiro de 2011

Comissão Examinadora

1º - Enêde Andrade Cruz (Presidente/orientadora)

Doutora em Enfermagem e Professora Associada da Universidade Federal da Bahia



2º - Maria Lúcia Silva Servo (1º examinador)

Doutora em Enfermagem e Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana



3º - Ângela Tamiko Sato Tahara (2º examinador)

Doutora em Ciências da Saúde e Professora Associada da Universidade Federal da Bahia



4º - Vera Lúcia Peixoto Mendes (Suplente)

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia



A Deus,
por permitir minha evolução como ser humano e profissional;

Aos meus pais, Eduardo e Anina,
por me fazerem compreender sobre a importância do estudo;

A minha esposa, Silvana, e sua família,
por constituírem ambiente propício ao meu aprendizado;

Aos irmãos, cunhados e sobrinhos,
que acreditam e torcem tanto pela minha carreira
profissional;

Aos colegas, intensivistas,
que enfrentam o desafio de gerir a qualidade dos comp
serviços de saúde, como a UTI.

AGRADECIMENTOS

Por mais individual que seja um percurso dissertativo, nunca se caminha sozinho. Seja onde nos propomos a chegar, sempre encontramos pessoas que acreditam nos nossos sonhos. Cativam sentimentos de confiança, colaboração e amizade. De tal modo, minha gratidão é extensiva a todos que apoiaram este percurso; em especial agradeço com maior aproximação:

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA (coordenação e funcionários) pela oportunidade de realizar a capacitação e suas disponibilidades;

Ao CAPES pelo apoio financeiro que contribuiu ao aprofundamento teórico do objeto de estudo e ao desenvolvimento da pesquisa de campo;

Ao corpo docente e funcionários do PPGENF e da Diretoria da EEUFBA pela oportunidade de convivência e aprendizado;

À professora Dra. Enede Andrade da Cruz por ser mais que uma orientadora; ser verdadeiramente uma construtora de competências humana, social e acadêmica. Sua sabedoria, rigor metodológico e domínio do conhecimento científico nortearam o desenvolvimento deste estudo e iniciou minha reflexão sobre ser educador em saúde e agir cientificamente no conhecimento da enfermagem;

Às professoras Dra. Vera Lúcia Peixoto Mendes, Dra. Ângela Tamiko Sato Tahara e Dra. Maria Lúcia Silva Servo por constituírem marco teórico da administração em saúde com seus estudos e produções científicas na área de concentração das organizações de saúde; e minha sincera gratidão por aceitarem colaborar e avaliar esta dissertação;

Às professoras Dra. Larissa Chaves Pedreira Silva, Ms. Rosana Maria de Oliveira Silva, Dra. Luzia Wilma S. Silva e Ms. Jussara Maria Camilo dos Santos pelo especial estímulo, torcida e “co-felicidades” nas conquistas profissionais da minha trajetória;

Às enfermeiras coordenadoras e intensivistas das Unidades de Tratamento Intensivo do Hospital Santa Isabel que permitiram, simpaticamente, compreender as percepções acerca dos Indicadores de Qualidade em Saúde no gerenciamento de enfermagem;

Aos colegas do curso de mestrado, em geral; principalmente a Valdicle, Maria do Espírito Santo e Gisele pelos momentos felizes e angustiantes do processo de „des’construção do conhecimento. E em especial à minha esposa-colega Silvana, por vencermos mais uma etapa juntos.

“Concede-me, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar as que eu posso e sabedoria para distinguir uma da outra” [...]

(REINHOLD NIEBUHR, 1943)

SANTOS, Thadeu Borges Souza. Percepção das enfermeiras sobre indicadores de qualidade no gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo. 2011, 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

Este estudo trata sobre como as enfermeiras intensivistas concebem os indicadores de qualidade no gerenciamento em Unidade de Tratamento Intensivo. Teve como objetivo principal de Analisar a percepção das enfermeiras de UTI sobre a utilização dos IQ's no gerenciamento de enfermagem dessa unidade e como objetivos específicos: identificar os fatores que influenciam a utilização dos IQ's no gerenciamento e assistência de enfermagem em UTI; perceber os efeitos dos IQ's no gerenciamento de enfermagem na UTI; e comparar a percepção das enfermeiras coordenadoras e assistenciais atuantes em UTI, sobre os IQ's. Foi realizado pesquisa de campo em 5 UTI de um hospital de grande porte da cidade de Salvador-Ba, com política de qualidade já implantada em seus serviços, que têm finalidades de ensino, pesquisa e assistência. Tem caráter exploratório e descritivo, permitido pela entrevista semi-estruturada gravada após anuência das informantes. Participaram do estudo 23 enfermeiras, sendo 4 coordenadoras e 19 assistenciais. Conforme plano de análise, procedeu-se análises quantitativa e qualitativa, por meio da decomposição das informações em unidades de análise, sua codificação, subcategorização e categorização. Permitindo a interpretação dos dados em eixo de análise da percepção da equipe. Como resultados, obteve-se 488 unidades temáticas, sendo 173 referentes às enfermeiras coordenadoras e 315 referentes às enfermeiras assistenciais. Foram distribuídas em quatro categorias: Concepções de Indicadores de Qualidade, Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade, Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade e Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade. O aprofundamento sobre suas idéias centrais, permitiu identificar 24 subcategorias, associadas as seguintes aspectos: avaliação, qualificação de intercorrências, qualificação assistencial, qualificação positiva do serviço, qualificação negativa do serviço, viabilidade para utilização, supervisão, promoção da condição de serviço, ética, assistência, registro de protocolo, controle de infecção, experiência de utilização, conhecimento, controle favorável da qualidade, controle desfavorável da qualidade, satisfação positiva, satisfação negativa, relacionamento negativo, ausência de feedback, subnotificação, perfil do paciente, comunicação e feedback positivo. Concluiu-se que a utilização dos indicadores de qualidade no gerenciamento de enfermagem pode superar limitações e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da gestão em UTI.

Descritores: Enfermagem, Gestão de Qualidade em Saúde, Indicadores de Qualidade, Unidade de Terapia Intensiva.

SANTOS, Thadeu Borges Souza. Nurses' perceptions about quality indicators in the management of the Intensive Care Unit. 2011, 141 pages. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Nursing School, The Federal University of Bahia, Salvador (Bahia, Brazil), 2011.

ABSTRACT

This study focuses on the intensive care nurses perceive the quality indicators in management in the Intensive Care Unit. Had the aim of analyze the perception of nurses in the ICU on the use of IQ's in the nursing management of the unit and specific objectives: to identify factors that influence the use of IQ's in management and nursing care in ICU; understand the effects of IQ's in nursing management in the ICU, and compare the perceptions of nurses and care coordinators working in ICU, on the IQ's. Field research was conducted in five ICUs in a large hospital in Salvador, Bahia, Brazil with quality policy already in place in their services, which have purposes of teaching, research and assistance. This exploratory and descriptive, allowing for the semi-structured interview recorded after agreement of informants. The study involved 23 nurses, four coordinators and 19 assistants. As analysis plan, we proceeded to perform quantitative and qualitative, by the decomposition of information into units of analysis, coding, categorization and subcategorization. Allowing the interpretation of data in an analysis area of perception of the team. As a result, we obtained 488 thematic units, and 173 relating to 315 nurses and coordinators concerning nurses. Were divided into four categories: Conceptions of Quality Indicators, Qualification for Use of Quality Indicators, Improvement of the Use of Indicators of Quality Factors and the Use of Speakers Quality Indicators. The deepening of their core ideas, identified 24 subcategories, associated the following aspects: evaluation, classification of complications, care qualification, positive rating of the service, negative qualification of the service, feasibility for use, supervision, promotion of service condition, ethics, assistance, registration of protocol, infection control, user experience, knowledge, favorable quality control, quality control unfavorable, positive satisfaction, satisfaction, negative, negative relationship, lack of feedback, under-reporting, patient profile, communication and positive feedback. It was concluded that the use of quality indicators in nursing management can overcome limitations and thus improve the quality of management in the ICU.

Descriptors: Nursing, Health Quality Management, Quality Indicators, Intensive Care Unit

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

DIAGRAMAS

- Diagrama 1** - Síntese do Plano de Análise do Estudo _____ p. 63
- Diagrama 2** - Síntese da caracterização dos indivíduos da pesquisa por grupo de enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador 2010 _____ p. 67
- Diagrama 3** - Síntese da análise da categoria Concepções de Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras de UTI, Salvador 2010 _____ p. 74
- Diagrama 4** - Síntese da análise da categoria Concepções de Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras assistenciais de UTI, Salvador, 2010 _____ p. 80
- Diagrama 5** - Síntese da análise da subcategoria Gerência da Categoria Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador, 2010 _____ p. 86
- Diagrama 6** - Síntese da análise da subcategoria Profissional da Categoria Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador, 2010 _____ p. 89
- Diagrama 7** - Síntese da análise das subcategorias Controle da Qualidade e Satisfação Pessoal, da Categoria Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador, 2010 _____ p. 99
- Diagrama 8** - Síntese da análise da subcategoria Fatores Desfavoráveis, da Categoria Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador, 2010 _____ p. 104
- Diagrama 9** - Síntese da análise da subcategoria Fatores Favoráveis, da Categoria Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador, 2010 _____ p. 107

QUADROS

- Quadro 1** - Categorias e subcategorias sobre Indicadores de Qualidade no gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo, segundo Enfermeiras Coordenadoras – Salvador, 2010 _____ p.70
- Quadro 2** - Categorias e Subcategorias sobre Indicadores de Qualidade no gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo, segundo Enfermeiras Assistenciais da UTI Salvador, 2010 _____ p. 71

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Unidades de Análise por Categorias sobre Indicadores de Qualidade no Gerenciamento da UTI, segundo enfermeiras coordenadoras e assistências da UTI, Salvador, 2010_____	p. 68
Tabela 2 - Distribuição das Unidades de Análise da Categoria Concepções dos Indicadores de Qualidade por Subcategorias, segundo enfermeiras coordenadoras e assistências da UTI, Salvador, 2010_____	p. 73
Tabela 3 - Distribuição das Unidades de Análise da Categoria Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade por Subcategorias, segundo enfermeiras coordenadoras e assistências da UTI, Salvador, 2010_____	p. 85
Tabela 4 - Distribuição das Unidades de Análise da Categoria Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade por Subcategorias, segundo enfermeiras coordenadoras e assistências da UTI, Salvador, 2010_____	p. 96
Tabela 5 - Distribuição das Unidades de Análise da Categoria Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade por Subcategorias, segundo enfermeiras coordenadoras e assistências da UTI, Salvador, 2010_____	p. 102

LISTA DE SIGLAS

UPSH	- Unidades de Produção de Serviços Hospitalares
IQ	- Indicadores de Qualidade
IQS	- Indicador de Qualidade em Saúde
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo
GQT	- Gestão da Qualidade Total
TGA	- Teoria Geral da Administração
TQT	- Teoria da Qualidade Total
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
MS	- Ministério da Saúde
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
JCAHO	- Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations
BSC	- Balance Scorecard
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CIQfav	- Concepção de Indicadores de Qualidade de avaliação
CIQ	- Concepção de Indicadores de Qualidade
CIQqui	- Concepção de Indicadores de Qualidade de quantificação de intercorrências
CIQqua	- Concepção de Indicadores de Qualidade de qualificação
CIQqas	- Concepção de Indicadores de Qualidade de qualificação assistencial
CIQqse	- Concepção de Indicadores de Qualidade de qualificação do serviço
CIQqsp	- Concepção de Indicadores de Qualidade de qualificação do serviço positivo
CIQqsn	- Concepção de Indicadores de Qualidade de qualificação do serviço negativo
CIQvut	- Concepção de Indicadores de Qualidade de viabilidade de utilização

RNQ	- Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade
RNQger	- Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade de gerencia
RNQsup	- Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade de Supervisão
RNQpcs	- Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade de promoção da condição de serviço
RNQpro	- Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade profissional
RNQeti	- Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade de ética
RNQass	- Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade da assistência
RNQrpr	- Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade de registro de protocolo
RNQinf	- Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade de controle de infecção
RNQexu	- Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade de experiência de utilização
RNQcon	- Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade de conhecimento
VIQ	- Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade
VIQcoq	- Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade de controle da qualidade
VIQfal	- Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade favorável
VIQdes	- Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade desfavorável
VIQpes	- Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade de pessoal
VIQpep	- Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade positiva
VIQpen	- Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade negativa
FIQ	- Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade
FIQdes	- Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade desfavoráveis
FIQren	- Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade de relacionamento negativo
FIQafe	- Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade de ausência de feedback
FIQsub	- Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade subnotificação
FIQppa	- Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade de perfil do paciente
FIQfac	Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade favoráveis
FIQcom	- Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade de comunicação
FIQfep	- Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade de feedback positivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	20
2.1 GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	20
2.1.1 Aspéctos filosóficos e históricos da qualidade	20
2.1.2 Fundamentos da Teoria Geral da Administração	24
2.1.3 Fundamentos da Gestão da Qualidade Total	27
2.1.4 Qualidade em Serviços de Saúde Hospitalar	29
2.2 ENFERMAGEM E GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE	33
2.2.1 Aproximação da Enfermagem com a Gestão da Qualidade Total	33
2.2.2 Importância da Gestão da Qualidade Total em Serviços de Saúde Hospitalar	36
2.3 GESTÃO DE ENFERMAGEM EM UTI E OS INDICADORES DE QUALIDADE	40
2.3.1 Compreensão sobre os Indicadores de Qualidade em Saúde	41
2.3.2 Gestão da Qualidade em Enfermagem e UTI	43
3 A PERCEPÇÃO COMO EIXO FILOSÓFICO DO ESTUDO	48
4 METODOLOGIA	53
4.1 Tipo de Estudo	53
4.2 <i>Lócus</i> da Pesquisa	55
4.3 População e Participantes da Pesquisa	57
4.4 Instrumento de Coleta de Dados	59
4.5 Coleta de Dados	59
4.5.1 Aspéctos Éticos da Pesquisa	59
4.5.2 Procedimentos de Coleta de Dados	60
4.6 Tratamento e Análise dos Dados	62
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
5.1 Caracterização das Informantes do Estudo	66
5.2 Importância da Percepção das Enfermeiras Intensivistas sobre os Indicadores de Qualidade em Saúde no Gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo	68
5.2.1 Categoria 01 – Concepções de Indicadores de Qualidade	72
5.2.2 Categoria 02 – Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade	84
5.2.3 Categoria 3 – Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade	96
5.2.4 Categoria 4 – Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados	

APÊNDICE B - Carta ao Comitê de Ética

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**APÊNDICE D - Categorização das Unidades de Análise das Enfermeiras
Coordenadoras**

**APÊNDICE E - Categorização das Unidades de Análise das Enfermeiras
Assistenciais**

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

1 INTRODUÇÃO

Os indicadores de qualidade (IQ) são unidades de medida e se relacionam com os problemas potenciais e as boas práticas do serviço que exerce a atividade, de qualquer natureza. Em saúde, eles são instrumentos de informação sobre a situação da qualidade e são compreendidos como um difícil fenômeno de satisfação entre o uso e o custo do serviço, mediante perspectivas do usuário-cliente e do usuário-prestador. O seu nível máximo em qualidade se fundamenta no empenho profissional e ético da resolução aplicada sobre os problemas de maior complexidade na organização (VUORI, 1982; DONABEDIAN, 1980).

Para tamanha importância, os IQ devem possuir atributos que os permita sensibilidade às complexidades que permeiam os serviços de saúde. Estes atributos são especificidade sobre o fenômeno observado, praticidade e baixo custo de aplicação e correlação com as atividades exercidas para sua causa.

Sobre os serviços de saúde hospitalar, especificamente tratado neste estudo, as complexidades são discutidas sobre as abordagens de estrutura, processo e resultados da qualidade (DONABEDIAN, 1992; D'INNOCENZO, 2006).

A estrutura hospitalar é compreendido como parte da organização que é composta por funcionários, salas, materiais, equipamentos e instrumentos de cuidado. Esta infra-estrutura deve ser suficiente para adequada acomodação do paciente (cliente) e em conformidade com as necessidades de seu tratamento médico-hospitalar. Dentre as unidades de produção de serviços hospitalares (UPSH), a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é uma das que mais se destaca quanto ao grau de complexidade de serviço.

Seus processos decorrem das ações e decisões dos profissionais de saúde e dos seus usuários (fornecedores e paciente-familiares). Sobre elas demandam aspectos inerentes de comunicação, respeito ao consumidor, intervenções terapêuticas e de interações multidisciplinares ou intra/inter-setoriais.

Segundo Bittar (2008), os resultados destas ações e decisões permitem conhecer o desempenho do serviço prestado pela organização hospitalar. Uma vez que demonstram efeitos positivos ou negativos, mediante observações comparativas entre os resultados esperados e os alcançados. Todavia, por se tratar de serviços de saúde e especificamente da UTI, o resultado ideal pode não ser necessariamente a cura da enfermidade tratada.

Esta consideração é justificada devido à peculiaridade dos resultados finais deste tipo de serviço. Eles podem ser satisfatórios ou insatisfatórios, a depender dos índices, taxas ou

valores absolutos relativos à ocorrência das iatrogenias¹, não conformidades² ou complicações que decorrem da internação em UTI, da interação com o ambiente hospitalar e dos procedimentos de cuidados à vida.

Nesta premissa, destacam-se as atividades de avaliação do desempenho do nível da qualidade nos serviços de saúde. A avaliação da qualidade em saúde é fundamentada no processo histórico do terceiro setor em buscar a melhoria contínua dos seus serviços e produtos. Para tanto, a indústria teve importante papel no desenvolvimento da Gestão da Qualidade Total (GQT) (MEZOMO, 2001; MENDES, 1994; GASTAL, 2006).

A GQT como método de trabalho gerencial³ favorece a atividade reflexiva do processo administrativo em diversos setores. Na saúde, ela permite implementação e criação de modelos gerenciais, atende às exigências de satisfação e redução de custos, fortalece a política de melhoria contínua e constrói filosofia da qualidade na organização hospitalar (BARROS, 2005; MEZOMO, 2001; TAHARA, 1993; CRUZ ET AL, 2005).

Todos estes aspectos corroboram com a atividade administrativa e atendem a exigência de cooperação multidisciplinar nos processos de cuidado exercidos na UTI. Dentre os profissionais desta equipe, a enfermeira⁴ é citada com destaque quanto aos discursos sobre a qualidade do serviço hospitalar, a avaliação dos processos de assistência e do uso de ferramentas gerenciais inovadoras. A enfermeira Florence Naghtingale⁵ é citada como uma das precursoras da gestão da qualidade em saúde devido seus registros e ações implementadas no hospital de campanha da Guerra da Criméia⁶. Nesta, Florence adotou a estatística como ferramenta da sua avaliação sobre os serviços prestados e instituiu padrões e normas de comportamento assistenciais (GASTAL, 2006; SERVO, 2008).

Segundo George (2000), outra colaboração importante à gestão da qualidade em serviços hospitalares foi sua Teoria de Enfermagem que infere sobre a interação das

¹ **Iatrogenia** é compreendida como um estado de doença ou complicações resultantes de tratamentos médicos.

² **Não conformidades**, no âmbito administrativo dos serviços, são ações ou suas causas que são contrárias aos resultados esperados, planejamento ou rotinas.

³ **Gerência e gestão** são utilizadas neste estudo como sinônimos, não havendo distinção de quem as exerça ou distinção de atribuições (GUIMARÃES ET AL, 2004)

⁴ Neste estudo se adota o gênero feminino, **a enfermeira**, em respeito às informantes da pesquisa que foram mulheres.

⁵ **Florence Naghtingale** foi enfermeira italiana com relevante significado para a profissão e ciências devido sua dedicação aos cuidados com os feridos de guerra, senso de organização e desenvolvimento de métodos revolucionários de trabalho em saúde (MORA, 2001).

⁶ A **Guerra da Crimeia** foi um conflito (1853 a 1856) de reação às pretensões de expansão da Rússia na Península da Criméia (ao sul da atual Ucrânia) que envolveu o Império Russo, a Aliança Anglo-Franco-Sarda e o Império Turco-Otomano. A guerra terminou com a assinatura do Tratado de Paris.

condições do ambiente como fator interveniente ao restabelecimento positivo do processo saúde-doença acometido pelos pacientes.

Juntamente com outros teóricos que colaboraram com a implementação da GQT nos serviços de saúde, este modo de pensar a administração os serviços do hospital evoluiu e passou a ser apoiado por organizações governamentais e não-governamentais. Desenvolveram-se os padrões mínimos e máximos da qualidade em serviços hospitalares e criaram-se organizações certificadoras de escores pré-determinados para os níveis de qualidade praticados. Assim, originou-se a Acreditação Hospitalar⁷.

Deste modo, a adoção de ferramentas gerenciais pela gestão de enfermagem se tornou imperativo na contemporaneidade. Em estudo bibliográfico retrospectivo, Santos e Cruz (2010) evidenciaram que o IQ é uma das principais ferramentas gerenciais em UTI. Esta afirmação decorreu dos aspectos positivos que os IQ permitem ao gerenciamento de enfermagem. Estes aspectos identificados são: serem estratégia político-gerencial do nível administrativo da organização hospitalar, contribuírem na qualificação e aperfeiçoamento dos processos de trabalho assistencial e de coordenação, fazerem-se elementos essenciais à tomada de decisão, justificarem mudanças de normas e rotinas da organização, convencerem grupos resistentes às ações de gestão da qualidade e dinamizarem processos educativos de pessoal em serviço.

Tais considerações foram vivenciadas na minha experiência como coordenação de enfermagem de uma UTI Geral Adulto de um hospital de grande porte da cidade de Salvador, Bahia. Momento que valorizei pela oportunidade de aplicar os IQ nas decisões tomadas em reuniões administrativas e permitindo aplicá-los em avaliação de desempenho e capacitação em serviço dos membros da equipe de enfermagem.

Esta situação favoreceu minha carreira como enfermeiro intensivista e auditor de sistemas e serviços de saúde, possibilitando ser autor deste estudo empírico sobre o tema IQ no gerenciamento da UTI.

Como ponto de partida, questionou-se sobre como as enfermeiras concebem os IQ no gerenciamento de enfermagem em UTI de um hospital geral da cidade de Salvador-BA, no ano de 2010? Conforme esta argumentação, tem-se como objeto deste estudo a Percepção das

⁷ **Acreditação Hospitalar** é método organizado de avaliação e certificação do nível de qualidade dos serviços de saúde, legalmente apoiado pelo governo através de autorização do Ministério da Saúde. Seu programa é fundamentado na missão de contribuir para a melhoria contínua do atendimento nos serviços de saúde, respeitando a ética, com enfoque na educação e na autonomia técnica (PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR-CQH, 2007).

Enfermeiras Intensivistas sobre os Indicadores de Qualidade no Gerenciamento de Enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo.

Assim, foi estabelecido o objetivo principal de Analisar a percepção das enfermeiras de UTI sobre a utilização dos IQ's no gerenciamento de enfermagem dessa unidade. Como objetivos específicos, buscou-se: 1. Identificar os fatores que influenciam a utilização dos IQ's no gerenciamento e assistência de enfermagem em UTI; 2. Perceber os efeitos dos IQ's no gerenciamento de enfermagem na UTI; e 3. Comparar a percepção das enfermeiras coordenadoras e assistenciais atuantes em UTI, sobre os IQ's.

Como pressupostos do estudo, considera-se que a utilização dos IQ's no gerenciamento da UTI é realizada durante a assistência e a coordenação desta unidade; a gestão fundamentada nos IQ's integra os indivíduos e os setores da unidade hospitalar, beneficiando-a com o desenvolvimento da filosofia de melhoria contínua; e os IQ's permitem instrumentalização da função administrativa e assistencial nos processos de tomada de decisão

Para dar continuidade a compreensão deste objeto de estudo, constituiu-se referencial teórico subdividido em quatro momentos. O primeiro, sobre a GQT nos serviços de saúde que permitiu conhecimento sobre: os aspectos filosóficos e históricos da qualidade, os fundamentos da Teoria Geral da Administração (TGA), os fundamentos da GQT e sobre a qualidade em serviços de saúde hospitalar.

O segundo momento trata da relação entre a enfermagem e a gestão da qualidade em saúde, permitindo conhecer sobre: os aspectos de aproximação da enfermagem à GQT e a importância da GQT em serviços de saúde hospitalar.

O terceiro momento aborda sobre a gestão de enfermagem em UTI e os IQ, permitindo reflexão sobre: a compreensão dos indicadores de qualidade em saúde (IQS) e a gestão da qualidade pela enfermagem em UTI.

O quarto momento versa sobre a percepção como eixo filosófico deste estudo empírico. Após compreensão teórica deste referencial, apresentar-se-á a metodologia adotada nesta pesquisa de campo e, posteriormente, a apresentação dos resultados obtidos com suas respectivas análise e discussão com teóricos.

Por fim, as considerações finais, onde serão apresentadas as relevâncias dos IQ no gerenciamento de enfermagem na UTI, conforme percepção das enfermeiras intensivistas.

A relevância deste tema de estudo coincide com o pressuposto da pesquisa, que considera a utilização dos IQ no gerenciamento da UTI como ferramenta que permite superar limitações gerenciais da enfermagem intensiva e, assim, melhorar a qualidade da gestão em UTI. Deste modo são aspectos científico, profissional e social deste estudo: a evidência da

importância dos IQ's aos vínculos profissionais e intersetoriais da UTI; a reflexão individual e coletiva sobre o gerenciamento da UTI a partir de evidências estatísticas; o reconhecimento da importância da enfermagem aos aspectos da gestão da qualidade em UTI; e a possibilidade de crescimento científico na linha de estudo das organizações com por sua evidência experimental.

2. CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

“As teorias científicas distinguem-se dos mitos unicamente por serem criticáveis e por estarem abertas às modificações à luz dos críticos.”

(KARL POPPER, 1975)

A percepção é compreendida filosoficamente como atividade de apreensão, ou seja, aquela que concebe conhecimento, a partir dos estímulos sensoriais e problemas relativos ao social. Este perpassa por modos de pensar e buscar o entendimento sobre as experiências do cotidiano (MORA, 2001).

Sendo a primeira faculdade da mente humana, a percepção⁸ é entendida por três aspectos: compreensão das idéias da mente, compreensão dos significados e o reconhecimento dos acordos e desacordos entre as idéias. Devido a estes aspectos, a correlação da percepção à gestão de qualidade é fundamental para este estudo proposto.

A qualidade, quanto ao aspecto filosófico, faz alusão as propriedades, capacidade, hábitos, condições de sensibilidade e de formato; também estando associado aos resultados das relações (MORA, 2001). Na contemporaneidade, a sua principal vertente sobre os serviços tem sido a Gestão da Qualidade Total, por fortalecer os processos e resultados e por favorecer a eficiência e eficácia dos serviços.

Assim, objetiva-se neste momento conhecer os aspectos históricos e definições da Gestão da Qualidade Total, sua correlação com o serviço hospitalar, da UTI e de enfermagem, a fim de subsidiar reflexão sobre a percepção como eixo filosófico do estudo.

2.1 GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1.1 Aspectos filosóficos e históricos da qualidade

O estudo da qualidade constitui história desenvolvida desde a antiguidade e está pautada em debates filosóficos. Sua correlação com a percepção decorre das características subjetivas que suas definições abrangem.

⁸ **Apercepção** é compreendida como percepção acompanhada de consciência (MORA, 2001; ABBAGNANO, 2007).

Conforme Mora (2001), Aristóteles⁹ associa qualidade a quatro aspectos: a diferença da essência do homem, as propriedades dos objetos imóveis, as propriedades das substâncias móveis e as virtudes dos hábitos e relacionamentos.

O debate moderno iniciado por Francis Bacon¹⁰ e continuado por Galileu¹¹ e Descartes¹², sustentam duas concepções sobre a qualidade. A primeira associada com a realidade concreta da matéria que é visível; e a segunda, associada a condição subjetiva que é percebida. Estes aspectos são bem explicados por Locke¹³ quando associa que as qualidades primárias são inseparáveis do corpo e as qualidades secundárias são aquelas que não estão no objeto, mas podem ser identificadas pelas sensações (MORA, 2001).

Na evolução da história sobre a qualidade, Cianciarullo (2001) descreve tal preocupação com a assistência à saúde desde o Império Babilônico. E que Florence Nightingale já sistematizava dados estatísticos hospitalares sobre qualidade dos cuidados médicos, desde a Guerra da Criméia.

Tais situações certamente marcaram uma época por interpretações inovadoras sobre a temática da qualidade que se desenvolveu densamente durante o processo de industrialização.

Para compreensão da qualidade na contemporaneidade, merecem destaques os referências de Deming, Crosby, Juran, Codman e Donabedian (MENDES, 1993; LUEDY, 2004).

Edwards Deming¹⁴ aperfeiçoou o controle da qualidade pelo modo estatístico aplicado aos defeitos e suas causas. Este método foi muito utilizado pelos norte-americanos e depois introduzido na industrialização japonesa. Neste momento, as idéias do controle da qualidade não ficaram somente na produção, sendo implantado também na estocagem, distribuição e varejo das fábricas. Assim, cada etapa fazia a sua checagem desde a matéria prima até o produto final, originando a idéia da avaliação durante o processo de produção. Percebido que

⁹ **Aristóteles** é filósofo grego pós-socrático, importante devido suas aprofundadas idéias sobre a lógica, o metafísico, seus diálogos sobre a ética e sobre a relação do intelecto com o corpo (MORA, 2001).

¹⁰ **Francis Bacon** foi filósofo e político inglês considerado como fundador da ciência moderna, destaque associado a sua ocupação com a metodologia científica e empírica da natureza e da antropologia (MORA, 2001).

¹¹ **Galileu Galilei** foi físico, matemático e astrônomo italiano, com destaque devido seu método observacional sobre a apresentação da natureza (MORA, 2001).

¹² **René Descartes** foi filósofo, físico e matemático francês que merece destaque pela sua característica racionalista sobre a observação (ABBAGNANO, 2007).

¹³ **John Locke** foi filósofo inglês que inspirou o liberalismo e principalmente por afirmar que as idéias são originadas pelas percepções dos sentidos sobre a natureza vivenciada (ABBAGNANO, 2007).

¹⁴ **William Edwards Deming** foi um físico americano, reconhecido como grande precursor da Gerência da Qualidade, por conta do seu trabalho no setor industrial japonês, no período Pós Segunda Guerra Mundial. Momento no qual aperfeiçoou o SQC descrevendo os quatorze princípios ao alcance da qualidade (FELDMAN, 2004).

o foco continuava na inspeção de defeitos, a avaliação da qualidade foi adotada na atividade de planejamento. Daí, passando a ser uma atividade gerencial.

Adotada pela gerência como uma atribuição, a avaliação da qualidade se tornou política institucional quando passou a influenciar as relações de troca. E a variável comercial foi associada ao aspecto legal e ético do respeito ao consumidor.

Deming privilegiando a figura do consumidor agregou à avaliação da qualidade o valor atribuído ao produto. Seguindo em reflexões, percebeu que o valor era concebido diferentemente pelo consumidor intermediário e final. Disto percebe a influencia das características e qualidades embutidas no processo de produção e na satisfação que o produto proporcionava a vida do consumidor final.

Nesta etapa, Crosby¹⁵ contribuiu associando idéias que priorizam a não existência de defeitos durante a produção, conseguirá maior satisfação no produto e assim, melhores condições de mercado. Deste modo, considera que o sucesso está na engenharia da produção e no marketing do produto.

Para Juran¹⁶, o conceito de mercado da qualidade de um produto perpassa por múltiplos significados. Pode ser associada a satisfação pessoal, devido aos padrões de características que constitui, ou por causa da adequação do produto, a confiança e desejo despertado pelo produto ao seu uso. Para tanto, fundamentou os dez passos necessários a um programa de qualidade: promover consciência da necessidade de melhoria, estabelecer metas de melhorias, organizar-se para alcance das metas, treinar pessoal, encorajar todos aos desafios, disponibilizar-se para resolver problemas, descrever o processo, divulgar o progresso alcançado, valorizar as pessoas envolvidas e manter o entusiasmo (FELDMAN, 2004).

A discussão destes dez fundamentos é fortalecida por Deming que discute sobre os obstáculos a serem enfrentados por um programa de qualidade. Chama atenção quanto a falta de constância dos propósitos, mobilidade de gerentes, mobilidade dos empregados, insatisfação com o trabalho executado, incapacidade de se orgulhar como funcionário,

¹⁵ **Philip B. Crosby** foi um empresário norte americano que contribuiu para a teoria da gestão e métodos de gestão da qualidade. Seus pensamentos estão associados aos conceitos de "zero defeito" e de "fazer certo à primeira vez", pois compreende que qualidade é conformidade e varia pelas necessidades do cliente (FELDMAN, 2004).

¹⁶ **Jean Joseph Juran** foi advogado e engenheiro romeno, que se fez um importante personagem do método japonês de qualidade, desenvolvendo concepções sobre os dez pontos que permitem o planejamento, controle e aperfeiçoamento da qualidade (FELDMAN, 2004).

prioridade gerencial no curto prazo, formas ineficazes de avaliação do desempenho e metas inflexíveis.

Na saúde, Codman¹⁷ propôs metodologia de avaliação do estado da qualidade da saúde dos pacientes visando estabelecer intervenções médicas. Isto decorreu de parâmetros de avaliação profissional do Colégio Americano de Cirurgiões. Desta concepção se originam os fundamentos da auditoria e padrões de assistência (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2008).

Preocupando-se com a gestão deste serviço e fazendo analogia ao legado da avaliação da qualidade desenvolvido pela indústria, Avedis Donabedian¹⁸ concebe a qualidade em saúde conforme os fatores determinantes e condicionantes do bom cuidado médico. Seus aspectos permeiam pelo estado de saúde da população relativa ao indivíduo e pelo cuidado técnico. Os seus fundamentos são tomados como referencial deste estudo e serão discutidos quando sobre a qualidade em serviços de saúde.

Segundo Rego (2007), a qualidade é tema importante de reflexão no setor industrial, principalmente sobre o aspecto da melhoria da produtividade e avaliação do serviço. A qualidade se tornou objeto de estudo nos setores devido sua abrangência sobre a ordem econômica e sócio-político-cultural das organizações. Mas para tanto, ela deve estar relacionada à inspeção, ser uma atividade inerente à gestão, vincular-se com a produção e englobar todos os setores dos serviços.

Assim, é relevante compreender na história da qualidade, suas implicações nos serviços de saúde e, conseqüentemente, na gestão da qualidade total.

Os serviços de saúde são compreendidos como atividade que decorre do terceiro setor; suas características na sociedade industrial perpassam pela valorização da população ativa, crescimento do poder de consumo, empregabilidade ascendente e aperfeiçoamento dos processos de produção (MENDES, 1993; 2001).

¹⁷ **Ernest Amory Codman** foi advogado e médico norte-americano, membro da faculdade de Harvard, onde proferiu suas primeiras conferências de mortalidade e morbidade. Fundou seu próprio hospital com objetivo de medir a melhoria de desempenho ao resultado fim, que resultou no livro *Um estudo na eficiência do hospital*. Com interesse na qualidade do cuidado de saúde prestada, ajudou a fundar o programa da standardização do hospital que se tornou a Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations. Atualmente, suas idéias subsidiam conhecimento sobre a gerência dos resultados de tratamentos a pacientes e mensuração de eventos clínicos para melhoria do cuidado aos pacientes futuros.

¹⁸ **Avedis Donabedian**, libanês com infância turbulenta pelo holocausto, foi diplomado médico pela Universidade Americana de Beirute e pós-graduado pela Universidade de Harvard, destacou-se como docente da Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan. Sua investigação sobre os sistemas de saúde concentrou atenção na qualidade dos cuidados de saúde, com reconhecida influência mundial. Em 1966, publicou artigo científico descrevendo três aspectos distintos da qualidade dos cuidados de saúde. Subdividiu-a em estrutura, processo e resultados. Numa cadeia direcional nunca descrita anteriormente. Essa subdivisão é, atualmente, justificativa de metodologias aplicadas à melhoria dos serviços de cuidados de saúde.

Quanto a este último aspecto, a preocupação pela melhoria contínua é permitida pelos estudos de avaliação, no qual a indústria assumiu a responsabilidade de checar seus produtos antes de disponibilizá-los no mercado para consumo. Ao processar esta testagem, foram desenvolvidas técnicas ao âmbito da qualidade final dos produtos e a Gestão da Qualidade possibilitou programas e técnicas fundamentadas nos princípios de melhoria contínua para manutenção da concorrência entre as organizações (REGO, 2007).

Esta condição é motivada pela possibilidade de redução de custos, uso adequado dos recursos, prestação de contas aos indivíduos usuários dos produtos, melhoramento da produção após detecção dos defeitos e recomendações para aperfeiçoamento final (BARREIA, 2001).

Deste modo, Deming, Juran e Crosby, concebem a qualidade conforme requisitos pré-estabelecidos, adequação ao uso, ausência de falhas, custo reduzido, desenvolvimento de um conhecimento, orgulho do produtor pelo o que ele produz e satisfação dos usuários (clientes/consumidores) sobre os bens e/ou serviços que usufrui (REGO, 2001).

Nesta ampla consideração, exige adoção de conceitos de qualidade que se fundamentem no ser humano e, assim, considera a qualidade como filosofia da ação humana sobre o compromisso institucional (MEZOMO, 2001). Esta interpretação permite abranger sobre o trabalho, serviço, informação, processo, divisão de tarefas, pessoal envolvido, objetivos traçados e sistemas correlacionados.

Nesta reflexão filosófico-administrativa, Barros (2005) percebe a gestão por meio da avaliação que esta procede. Para esta autora, também são importantes a adequação dos instrumentos para inferência sobre os valores, relevâncias do serviço, padronização dos resultados desejados e meios de acompanhamento dos processos e resultados.

Esta preocupação é fundamentada nos pressupostos da gerência de qualidade, que como salienta Luedy (2004), é mais do que aplicação do bom senso na prática organizacional; esta autora considera que a administração moderna deve agregar valores das Teorias Gerais da Administração (TGA) a fim de compreender a Gestão da Qualidade Total (GQT).

2.1.2 Fundamentos da Teoria Geral da Administração

O gerenciamento das organizações de saúde na contemporaneidade agrega concepções de diferentes escolas da administração. O estudo destas teorias remete aos aspectos históricos e bases conceituais que permearam a construção da Teoria Geral da Administração.

Motta (1984) compreende didaticamente esta evolução dividida em enfoques prescritivos, explicativos, prescritivo-explicativos e o alcance da teoria geral da administração.

No primeiro enfoque, reflete sobre a administração científica e das relações humanas. No enfoque explicativo, considera os aspectos do Behaviorismo, estruturalismo e a abordagem dos sistemas abertos. Quanto ao enfoque prescritivo-explicativo, compreende desenvolvimento organizacional sobre a estrutura e o comportamento (MEZOMO, 2001).

O racionalismo aplicado às ciências naturais e sociais se desenvolve no século XVII, com os pensamentos sobre o poder da razão em substituição do conhecimento tradicional e, somente no século XX, a racionalização atinge a organização e o trabalho por meio da eficiência das máquinas.

Assim surge a Escola de Administração Científica ou Clássica, com destaque para Taylor¹⁹ e Fayol²⁰, pelo método lógico-dedutivo. Seu princípio científico para aumento da eficiência desenvolveu as seguintes características: planejamento racional; departamentalização das tarefas; hierarquia de poder; valor econômico e laboral do homem; e impessoalidade dos problemas (SERVO, 2000).

Criticas do início do século XX, principalmente de Simon²¹, sobre a incompatibilidade entre especialização e unidade de comando, complexidade da natureza do homem maior que a idéia do homo economicus, não valorização do monetário mais do que sentimento de prestígio ou auto-realização e o contra-senso da idéia de ignorar o homem como pessoa, desenvolveram estruturas para concepção da Escola de Relações Humanas.

Esta que considerou aspectos do homem social, do grupo informal e da participação nas decisões oriundas de características como: métodos de solução do conflito industrial baseados na força, barganha ou integração; funções industriais de produção de bens/serviços e

¹⁹ **Frederick Winslow Taylor** foi um engenheiro mecânico norte americano. Considerado o "Pai da Administração Científica", propôs a utilização de métodos científicos cartesianos na administração de empresas. Seu foco era a eficiência e eficácia operacional na administração industrial. Seu controle inflexível, mecanicista, elevou enormemente o desempenho das indústrias em que atuou e gerou demissões, insatisfação e estresse para seus subordinados (CAMACHO, 1998; CAMPOS, 1988; D'INNOCENZO, 2006)

²⁰ **Jules Henri Fayol** foi um engenheiro de minas francês e um dos teóricos clássicos da Ciência da Administração (de negócios comerciais, industriais e governamentais). Em seu trabalho, reconhecida a Gestão ou Processo Administrativo como profissão. Suas contribuições foram identificar as Quatro Funções da Administração (planejar, organizar, controlar e coordenar) e os Quatorze Princípios da Administração Eficaz (divisão do trabalho, autoridade e responsabilidade, disciplina, unidade de comando, unidade de direção, subordinação, remuneração do pessoal, centralização, hierarquia, ordem, equidade, estabilidade do pessoal, iniciativa e espírito de equipe) (CAMACHO, 1998; CAMPOS, 1988; D'INNOCENZO, 2006)

²¹ **Simon** foi filósofo francês com expressivo interesse pela metafísica e pensamentos político e social que o possibilitou contribuir sobre a filosofia política, lógica, ética e da ciência (ABBAGNANO, 2007).

criação de satisfação aos envolvidos; interesse nos grupos informais e suas inter-relações; correlação da produtividade com a satisfação do trabalho e a lucratividade, desenvolvimento de um código de comportamento pelos próprios trabalhadores (REGO, 2007).

Concluindo que o trabalho é uma atividade grupal, padronizado em relações e trabalho, com necessidade de reconhecimento e segurança, as atitudes são decorrentes de fatores internos (industrial) e externos (pessoal) e que grupos informais exercem grande controle sobre o trabalhador (SILVA, 2007).

Quanto ao enfoque explicativo, Motta (1984, p.35) correlacionado como “rompimento com os enfoques prescritivos ingênuos das escolas de administração científica e relações humanas”. É fase da incorporação da sociologia e da burocracia amplia a organização por meio do Behaviorismo, Estruturalismo e Enfoque Sistemico.

Nesta concepção não se aceita a ingenuidade de que somente a satisfação do trabalhador gera eficiência na organização. O Behaviorismo desenvolve uma atitude analítica e experimental. Considera a importância do processo de tomada de decisão e o coloca no centro da administração os limites da racionalidade (CIAMPONE; MALLEIRO, 2005).

Assim, são idéias centrais do Behaviorismo: o homem administrativo; o processo da tomada de decisão como centro da administração; a autoridade como elemento de confiança, reputação e legitimidade.

Todavia, as críticas oriundas a esta teoria objetiva estruturar as organizações; assim, o estruturalismo se fundamentará em ações de causa-efeito, em sistemas eficientes, na motivação dos conflitos individuais e organizacionais para eficiência e compreendido como abstrato, concreto, fenomenológico e dialético. As idéias centrais são o homem organizacional, a condição inevitável dos conflitos e a necessidade dos incentivos e recompensas psicossociais e materiais.

Porém, os Sistemas Abertos permitiram bases comuns, estudos interdisciplinares e de análise multifocal e integrando-se as ciências naturais e sociais. A aplicação da teoria das organizações sobre os sistemas permitiram evidenciar satisfação quanto aos valores sociais e culturais, integração das normas e subsistemas sociais, atingimento de metas e adaptabilidade (KURCGANT, 2005).

Portanto, são idéias pertinentes dos sistemas abertos: homem funcional por ser inter-relacionado; os conflitos surgem conforme os papéis são assumidos na organizacional; e necessidade da retroalimentação da informação sobre o método de produção.

Para toda esta mudança filosófica sobre a atividade administrativa das organizações, leva-se em conta a imagem da situação desejada, tendo como meio o processo de

desenvolvimento organizacional, que é compreendido em três etapas: planejamento da mudança, implementação e avaliação (MARQUES, 1999).

Como reflexo, trabalhos científicos do final do século XX compreenderam a visão sistêmica como ponto de divulgar e operacionalizar a teoria nos aspectos contingenciais. Nesta dimensão, são fatores de entraves na inter-relação dos sistemas, que devem ser enfrentados: a adequação a situação de mercado, tecnologia e condições opostas às necessidades do processo.

O planejamento estratégico ganha destaque por se preocupar com a noção do ambiente mutável e nos problemas que interferem nos processos de decisão. Nesta perspectiva, a intenção está voltada para eficácia e formas de gerenciar (MATOS-SANTANA, 2001).

Assim, fica justificada a preocupação com o desenvolvimento de habilidade criativa e colaborativa para resolução de problemas e isto ser um processo de autoconhecimento. Um modelo bastante divulgado foi do japonês baseado no Controle de Qualidade com princípio de contribuir na solução de problemas de coordenação e produtividade (MEZOMO, 2001).

Outro método de trabalho que instrumentaliza a administração focada melhoria do serviço é a Gestão da Qualidade Total.

2.1.3 Fundamentos da Gestão da Qualidade Total

A qualidade desejada para uma organização deve abranger princípios fundamentais a sua concepção. Estes princípios dependem do apoio corporativo e da prioridade assumida pela direção (MENDES, 1994; 2001).

Para Luedy (2004, p.13), a inovação gerencial da Qualidade Total “provoca mudanças organizacionais e gerenciais”, necessitando que todos os indivíduos que compõem a organização devem estar dispostos as novas capacidades de aprendizado, condições decisórias e empenho político institucional. Estas condições propiciam transformação cultural do novo processo de gestão iniciado (REGO, 2007).

As mudanças têm sua essência já concebida pelo processo de evolução da Teoria Geral da Administração. A praticidade, o bom desempenho das atividades operacionais e a satisfação sobre o produto ou serviço final são exemplos destas características (REGO, 2007).

Vale destacar que Luedy (2007), traz em seu estudo o aspecto da melhoria dos processos de trabalho, de comunicação, do desenvolvimento de lideranças e das relações

interpessoais como objetivo da implantação da Gestão da Qualidade Total, num hospital universitário.

Objetivo justificado pelo fato da gestão da qualidade se tornar “roteiro sistematizado que direciona as ações a serem implementadas numa organização”, conforme Rego (2007, p. 22), e como um marco decisivo na lógica dos processos da organização, segundo Correa (1993).

Mendes (2001) faz alusão ao método de garantia da qualidade em serviços de saúde, conforme abordagens de Donabedian, quanto a três aspectos: estrutura, processo e resultados.

Para tanto, é necessária implementação de ferramentas de gestão, conforme peculiaridades de cada organização que deve considerar como positiva as críticas da auto-avaliação que a Gestão da Qualidade Total permite (BARROS, 2005; REGO, 2007; CERQUEIRA, 2005).

Considerando seus princípios importantes para este estudo, compreender-se-á sucintamente sobre o Método 5S, Gerenciamento da Rotina, Gerenciamento pelas Diretrizes e o Crescimento do Ser Humano.

O Método 5S tem por finalidade o preparo do ambiente para a qualidade, é fundamentado em cinco princípios japoneses, à saber: SEIRI (senso de utilização), SEITON (senso de organização), SEISO (senso de limpeza), SEIKETSU (senso de saúde ou bem-estar) e SHITSUKE (senso de autodisciplina).

Estes aspectos agregam a Gestão da Qualidade Total as idéias de quantidade suficiente de material, da comunicação visual excelente, facilidade de acessibilidade e fluxo, condição agradável de trabalho, equilíbrio mental e de dedicação ao aperfeiçoamento pessoal e profissional (LUEDY, 2004).

O Gerenciamento da Rotina é um método fundamentado no cumprimento de normas e objetivos planejados. Pelo comprometimento em identificar problemas e propor soluções, o quanto antes aconteça, fortalece a gerência por meio da padronização e documentação das atividades. Sua contribuição fundamental à Teoria da Qualidade Total (TQT) é avaliar regularmente o processo de trabalho, quanto ao planejamento, execução, verificação dos resultados e propostas de ação corretiva.

A documentação é realizada por meio de instrumentos de diagramação das causas e efeitos, tabulação das variáveis que incidem sobre o processo, verificação de pontos críticos aos clientes e controle dos processos conforme plano inicial.

O Gerenciamento pelas Diretrizes é método de estratégia que vincula a organização e a sociedade por meio de missão, valores e princípios institucionais. Sua contribuição a GQT

são as diretrizes para minimizar empecilhos e aperfeiçoar o gerenciamento e desempenho dos processos.

Por fim, o método do Crescimento do Ser Humano se fundamenta nas políticas de recursos humanos. Permeia a GQT quanto ao respeito dos valores e cultura, bem como pelo fortalecimento da qualificação de pessoal com programas de educação e treinamento contínuo.

Tais aspectos permitiram aperfeiçoamentos da gestão nos serviços hospitalares, considerando suas particularidades, conforme serão discutidos a seguir.

2.1.4 Qualidade em Serviços de Saúde Hospitalar

A GQT tem sido estratégia incorporada pelas organizações de saúde, em especial, pelos hospitais. Isto decorre da qualidade apresentar relevância na sobrevivência de mercado das empresas do terceiro setor, por causa das mudanças no processo de trabalho e porque a correlação entre satisfação da clientela e melhoria do serviço se tornou condição ética, social e financeira presente nos serviços de saúde (MENDES, 2001; CERQUIRA, 2002; REGO, 2007; NOGUEIRA, 1994).

A indústria, principal representante do terceiro setor e âmbito responsável pelo início das idéias sobre a qualidade, considerava dispendioso controlar a qualidade ainda na produção. Então, o consumidor se comportou por muito tempo como responsável por executar passivamente tal função, ainda sem vinculação direta com o produtor e muitas vezes correlacionada ao dano material de um produto comercializado, mas sem adequações.

Mendes (1993; 2001), salienta como fases evolutivas da qualidade, a criação de grupos de inspeção para o produto final, a identificação de fatores controláveis da produção, o propósito estatístico para controle das causas e efeitos destes fatores e a interferência das condições estruturais sobre a melhoria da qualidade. Estas fases sempre se correlacionam aos princípios da TGA.

Durante as décadas de 70 e 80, a qualidade foi integrada ao planejamento; existe a pré-visualização do processo de produção e se desenvolveu a idéia sobre garantia da qualidade. E conforme a competitividade do mercado, o empenho em sistematizar a administração se baseando no uso de ferramentas de controle da qualidade.

A partir da década de 90, a gerência da qualidade se fundamenta filosoficamente e se correlaciona à política de pessoal e marketing. A adoção de métodos de melhoramento dos

produtos ou serviços da saúde são permitidos na administração deste por compreender que a cultura de qualidade está associada a experiência positiva do terceiro setor, no qual são relatados bons resultados de eficiência e efetividade (BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1996).

Para tanto, Correa (1993) associa os bons resultados ao saber priorizar, aos aspectos de melhoria das condições de trabalho, definição de metas e planos de ação bem estruturados e apoio gerencial. Não é menos importante citar a exigência em comunicação eficaz, liderança positiva, adequação tecnológica e educação continua que os métodos de melhoramento da qualidade exigem. Não bastante, são características deles interferir na organização para integrar os setores, motivar o pessoal e adequar o sistema de avaliação. Constituindo-se como um contexto que permite ao homem administrativo agregar argumentos de causa-efeito e ao homem funcional a valorização de aspectos culturais e de satisfação nas tomadas de decisões para imagem da situação desejada.

Fato ao qual, Correa (1993) e Mezomo (2001), compreendem que a dinâmica de trabalho deve ir além de projetos de melhoria; é concebido na gestão da qualidade total que o funcionário valorize e seja valorizado pela sua atividade exercida. O colaborador não pode ser individualizado pois faz parte de um todo que o permite ter qualidade funcional, e assim total.

Existe também a inferência da GQT sobre o relacionamento e local destinado ao cliente, quanto ao processo de produção. A história demonstra que as indústrias com melhor interface com seus clientes, não os colocava somente próximo do produto final, mas os considerava importante desde a idealização do projeto e pelos processos de produção.

Para Deming, Crosby e Juran a satisfação do cliente justificava o valor do produto ou serviço, não mais valorizando somente pela não existência de defeitos. Assim, percebe-se a satisfação como aspecto de valorização pessoal e respeito ao estilo de vida do consumidor (MENDES, 1993; 2001).

Assim, a qualidade também está associada a confiança que o produto desperta e suas características e adequação técnica.

As especificidades do terceiro setor, também podem ser observadas no serviço de saúde. São eles o fortalecimento do capital social por geração de vagas de trabalho, o consumo de matéria-prima para desempenho de suas funções, a organização hierárquica do trabalho, a logística de produção ou funcionamento, a correlação da estrutura com as atividades desenvolvidas, a dependência de outros serviços para a continuidade do tratamento, o compromisso em satisfazer o usuário, ser organização com unidades de produção de serviços e adotar fins sociais e econômicos (CRUZ et al, 2005).

Porém, na saúde o tipo de serviço desempenhado possui características e condições peculiares. Inerentes a sua atividade, existe o cuidado a vida como processo contínuo para realização do serviço e isto interfere diretamente na GQT.

Suas condições permitem refletir sobre a complexidade do serviço de saúde. E segundo Mendes (1993), esta complexidade se associa diretamente com os principais obstáculos de Deming a um programa de qualidade.

Sobre o aspecto legal, têm-se dicotomias do serviço de saúde como: ser público, privado ou misto, ter fins financeiros ou filantrópicos, estar garantido pelo Estado e permitido como suplementar. Sobre a vinculação de pessoal, permite coexistência de funcionalismo público contrato trabalhista registrado, prestação de serviços de alguma natureza e terceirização de outras.

Quanto à organização hospitalar, mais precisamente, Barros (2005) observa como complexo o seu material de consumo, pessoal de serviço, equipamentos, procedimentos realizados e estrutura física e funcional.

Estes aspectos pontuados podem ser tomados como guia à reflexão sobre a complexidade do serviço de saúde hospitalar. Primeiramente, o hospital se propõe a assistência (curativa e/ou preventiva) ao processo saúde-doença dos seus usuários, percebendo-se a amplitude que é o seu propósito final.

No hospital existem binômios delicados, como combinação entre eficiência do serviço e respeito à vida. Ele possibilita desenvolvimento de tecnologias, mas elas não automatizam o serviço, continua necessitando de pessoal para seu funcionamento. Além de que a tecnologia na saúde é sobreposição, e não substituição, fato que prolonga o processo e aumenta valor do serviço (TAHARA et al, 2005).

Sobre o custo hospitalar, a tecnologia avançada encarece o serviço, seu material utilizado tem valor atribuído por especificidades como entrega pelo fornecedor, disponibilidade no mercado, patentes e formas de armazenamento. A competência técnica para o serviço vai além do aspecto legal das profissões de saúde, exigem capacitação com investimento financeiro elevado, sendo mais um aspecto repassado ao valor final do serviço.

Este valor agregado a saúde ainda tem a característica de não ser de troca, mas somente de consumo; e este, não é necessariamente garantia de satisfação final. Ainda sobre os valores nos serviços de saúde, o controle deles não se faz somente pela relação com a oferta de mercado e concorrência, é estipulado mediante negociações de governo e empresários de consórcios/planos ou prestadores de serviços (MEZOMO, 2001; FALK, 2001).

Neste aspecto, outro surge: a posição e condição do cliente do serviço. Constitucionalmente garantido ao seu dispor, o serviço pode referenciar o paciente entre unidades prestadoras de serviço, numa concepção de sistema de saúde. Ou quando utiliza serviço privado, fica sujeito a rede credenciada ao seu plano de saúde, que é intermediário, a sua relação com o prestador de serviço.

Sobre a condição do cliente, seu estado de fragilidade característico do perfil da demanda do serviço de saúde hospitalar, não é quem decide sobre o serviço que necessita. Neste momento, confia a indicação pelo tratamento a competência legal do profissional de saúde responsável.

O processo do tratamento de saúde que o usuário se submete se constitui fragmentado em unidades produtoras de serviço, em especialidades de atenção, quanto a atribuições profissionais disciplinares que compõem a equipe. Este fluxo de atendimento característico do processo de serviço de saúde hospitalar implica na fragilidade da responsabilidade final, uma vez que cada um destes aspectos tem suas responsabilidades individualmente. Fato que leva a organização hospitalar ser complexa quanto às relações interpessoais e interdisciplinares, também.

Estas relações são características internas do serviço que implica sobre o sucesso da GQT. Isto se deve porque nelas se encontram a disputa de poder, as vaidades individuais e a gerência que não valoriza o pessoal e os processos de apoio.

É importante compreender as interferências das condições de complexidade do serviço de saúde hospitalar sobre o plano de melhoramento da qualidade. Para tanto, vale compreendê-las conforme os princípios de Deming (1990) apud Luedy (2004): estabelecer constância de propósitos para a melhoria do produto e do serviço, objetivando tornar-se competitivo, manter-se em atividade e criar emprego, adotar a nova filosofia, deixar de depender da inspeção para alcançar a qualidade, já que esta passa a fazer parte de todas as etapas do processo, cessar com a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço, buscando minimizar o custo total, melhorar constantemente o sistema de produção e de prestação de serviços, instituir treinamento no local de trabalho, instituir liderança, eliminar o medo, eliminar barreiras entre os diversos setores e departamentos, eliminar lemas de incentivo ao aumento da produção, eliminar padrões de trabalho, remover barreiras do orgulho pelo trabalho, promover programa de educação e auto-aprimoramento e engajar todos no processo de transformação.

Deste modo, consideram-se importante para este estudo, os fundamentos de Donabedian (1980; 1990; 1993) sobre o ambiente, o comportamento, a competência técnica, o

relacionamento interpessoal e a sistematização do serviço na natureza complexa da saúde. Para ele, o estado de bem-estar do paciente é que deve ser valorizado, pois os benefícios e os riscos do serviço de saúde é que determinam a condição do paciente.

Ele compreende a qualidade da saúde sobre três aspectos: um primeiro, absolutista definida pelo determinismo do profissional de saúde; a segunda, individualizada por ser concebida pelos desejos e expectativas do paciente; e a terceira, social quando se prioriza beneficiar toda a população. O dilema se constitui na unidade que estas três fazem juntas quando se visualiza o serviço de saúde.

Para isto a sua avaliação sobre a qualidade é pautada na estrutura (foca os recursos materiais, financeiros e organizacionais), no processo (modo de fazer, habilidade como faz e desenvolvimento do serviço) e no resultado (situação alcançada para e pelo o usuário, funcionário ou cliente) (BARROS, 2005).

Assim traça sete pilares quanto à qualidade do cuidado dos serviços de saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Tomando estas características como fundamentos deste estudo, elas permearão a concepção da enfermagem na gestão da qualidade em saúde.

2.2 ENFERMAGEM E GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

A compreensão acerca da Gestão da Qualidade Total (GQT) em serviços de saúde estimulou a leitura sobre o desenvolvimento de fundamentos legais e teórico-práticos que a enfermagem pode adotar na sua atividade de gerencia.

Nesta perspectiva, este momento visa compreender sobre questões de aproximação entre a enfermagem e a GQT, bem como sua implicação sobre os serviços de saúde hospitalar.

2.2.1 Aproximação da Enfermagem com a Gestão da Qualidade Total

Conhecido os princípios da GQT por meio do seu desenvolvimento histórico na evolução do terceiro setor e sua associação às características dos serviços da saúde, Fernandes (2002) lembra sobre a importância da enfermeira Florence Natingale quanto a esta temática.

Florence apresentou alto grau de preocupação com a questão da qualidade, permitindo avanços da enfermagem ao campo da gestão em saúde. Suas contribuições se deram através de anotações sobre os resultados das intervenções, as quais eram submetidas os pacientes, pela orientação quanto ao comportamento durante a assistência aos enfermos, pelas correlações entre ambiente-indivíduo-doença e, principalmente, por sua organização sistemática de dados matemáticos sobre o serviço prestado no hospital. Tais ações são consideradas como de vanguarda para a época vivida por Florence (FERNANDES, 2002).

Estas ações assumiram outras reflexões na atualidade e que as aperfeiçoaram em atributos gerenciais como: padronização de rotinas, normatização de procedimentos, elaboração de práticas de boas condutas, padronização de normas técnicas ambientais em saúde e inovação por informações e estatística aplicadas aos serviços de saúde.

Sua Teoria de Enfermagem versa sobre o ajuste do ambiente físico pela enfermeira e seus benefícios ao atendimento das necessidades de saúde. Florence identificou características boas e ruins das condições de ventilação, temperatura, ruído e luminosidade para a melhor conservação da energia do indivíduo em convalescência ou tratamento de saúde. Como se não bastasse, também faz reflexão quanto a influência do ambiente sobre o social e psicológico do paciente e família (GEORGE, 2000).

Esta consideração tem aplicabilidade sistematizada, pela investigação dos fatores ambientais determinantes da situação de saúde, sua análise e problematização em elaboração de diagnósticos e propostas de intervenções.

Assim, a concepção de Florence sobre as características desta teoria é a sua inter-relação com outras naturezas do fenômeno gerencial. Sua concepção é lógico-dedutível, com aplicabilidade generalizada e fundamentadora de intervenções de melhoria das práticas (GEORGE, 2000).

Mediante suas considerações, outras teorias de enfermagem foram paulatinamente desenvolvidas e constituíram bases científicas da profissão. Assim, a atividade gerencial de enfermagem sobre os cuidados e serviços de saúde se validou como competência técnico-científica, merecendo apoio legal sobre suas conformidades na classe profissional de saúde (MARX, 2006).

Sobre a legitimidade profissional da enfermagem, a Lei 2.604/55 regulamenta o livre exercício da prática de enfermagem no território brasileiro. A Lei 7.498/86 representou respaldo à enfermeira quanto ao seu exercício gerencial frente à equipe, estrutura física, organização, direção, planejamento e avaliação de serviços de saúde. E o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, regulamentado pela Resolução do Conselho Federal

Enfermagem (COFEN²²)-311/2007, reformula e aprovam competências, deveres, proibições, princípios e penas ao desenvolvimento das atividades de todos que exercem atividades de enfermagem. Neste código, cita-se como responsabilidade do coordenador e/ou enfermeiro responsável pelo serviço de enfermagem a avaliação do desempenho seguro e o respeito técnico-científico-ético-cultural às tomadas de decisão sobre o serviço e tratamento a saúde (KLETEMBERG, 2010; BRASIL, 1986).

Sobre a competência assistencial, a Resolução COFEN-358/2009 dispõem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem como método do cuidado profissional que permite acompanhamento de ações de cuidados desenvolvidas individualmente ou em equipe.

Esta condição permite ajuste processual por meio de avaliações, desenvolvimento e estímulo a competência. Deste modo, o desenvolvimento de atividades focadas na qualidade e capacidade administrativa da enfermagem e são percebidas em amplos aspectos da gestão em saúde (MENDES, 1993; 2001).

Luedy (2004) valoriza a condição de envolvimento da enfermagem com o serviço de saúde, entende que a sensibilização desta categoria permite o envolvimento de grande número de indivíduos no programa de qualidade total da organização de saúde.

Esta dedicação da categoria profissional de enfermagem toma para si a busca da qualidade do serviço por gratidão ao ambiente de aprendizado que o hospital representa. O desenvolvimento de competências é tão envolvente sobre a satisfação dos funcionários que permite analisar suas representações, segundo Santos (2008).

Rego (2007) confirma este pensamento sobre a dedicação pela sua proximidade com a satisfação pessoal que se visualiza como qualidade do serviço prestado. Assim, a enfermagem tem a característica de tomar como sua a atribuição da educação em saúde, preocupação com a estrutura física e a necessidade de envolvimento com outros serviços para o seu bom desempenho em propósito assistencial e gerencial.

Este vínculo com o trabalho pode ser associado ao grau de dedicação e foi objeto de estudo de Zatti (2007). Na oportunidade de pesquisá-lo não percebeu diferença de comprometimento, mas identificou dois aspectos deste: o normativo e o instrumental. O primeiro é associado às competências do gerente e, o segundo, associa-se a condições de técnicas aplicadas no cuidado e a ética profissional.

Outra função avaliativa que foi desenvolvida para o propósito final de melhoria continua do serviço prestado pela organização hospitalar é a auditoria de enfermagem.

²² **COFEN** – o Conselho Federal de Enfermagem é autarquia profissional na federação brasileira que se organiza em sistema de Conselhos Regionais de Enfermagem (Sistema COREN e COFEN).

Reconhecida como especialização, no campo da enfermagem, está regulamentada pela Resolução COFEN-363/2010. Ela se constitui como via para acompanhamento contínuo ou retrospectivo e se baseia na avaliação com fins a racionalização de recursos financeiros ou materiais aplicados, auxílio interpretativo dos dados e informações que o serviço apresenta sobre os serviços prestados aos seus usuários (PINTO, 2005).

A auditoria já desenvolve estudos, a cita Brandão (2006), que a considera como uma atividade de apoio a qualidade da gestão. Isto porque ela comprovou em pesquisa de campo que existem vantagens da auditoria para a gestão da qualidade total em saúde. Aplicada a enfermagem, ela percebeu que a auditoria aperfeiçoa os custos, avalia tecnicamente autorização de procedimentos médico-hospitalares e os produtos/procedimentos do serviço, identifica e notifica em banco de dados observações do desempenho organizacional.

Assim, coadunando com Gastal (2006), a auditoria de enfermagem é atividade que avalia a qualidade dos serviços hospitalares, adequando-os aos padrões mínimos de exigência e para monitorização. Bem como Santos et al (2010) evidenciam em seus estudos que a avaliação progressiva da auditoria de enfermagem sobre o serviço permite bons resultados na gestão da qualidade, tanto pela eficiência quanto pela efetividade permitida.

Tal qual Florence já praticava intuitivamente em seus cuidados durante a Guerra da Criméia, quando adotava dados numéricos e estatísticos nas suas análises quanto ao serviço de saúde. Então, estes autores sustentam a idéia de implementações da gestão da qualidade total pelas enfermeiras auditoras em serviços hospitalares, conforme discutido a seguir (MALAGUTI, 2009).

2.2.2 A importância da Gestão da Qualidade Total em Serviços de Saúde Hospitalar

A qualidade em saúde é consequência das formas como ocorre a sua produção de serviço. Sua relação com os fatores como estrutura, processos e resultados são determinantes para uma boa conceituação (DONABEDIAN, 1988). Bittar (2008) enfatiza a discussão, considerando que a intensa atividade de implantação dos princípios da GQT nos serviços hospitalares, é importante para complexidade multifuncional e financiadora desta organização.

Deste modo, a gestão da qualidade envolve reflexões acerca dos fundamentos, características, obstáculos e ferramentas da sua avaliação. Este modelo de gestão da qualidade em saúde se mostra como imperativo na contemporaneidade, devido exigências atuais quanto

à concorrência entre os serviços hospitalares, desenvolvimento de procedimentos da medicina moderna, evolução tecnológica das praticas desta organização, aspectos sociais e legais da satisfação dos usuários e sucessos relativos à sua prestação de serviços. Estes aspectos técnicos e sociais decorrem de fundamentos que a política da qualidade agrega à missão e aos valores da gestão organizacional, segundo Kluck, Guimarães e Prompt (2008).

Estes autores concordam, tomando como fundamentos os pilares da qualidade de Donabedian (1988): são eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Pode-se compreender como a qualidade nos serviços de saúde se desenvolve, conforme a habilidade da assistência médica em melhorar as condições de saúde e bem-estar dos indivíduos (eficácia); exigência de correlação entre o benefício real oferecido e o resultado potencial conseguido (efetividade); melhoria dos resultados associados a um custo econômico satisfatório (eficiência); equilíbrio custo-benefício (otimização); adaptação da assistência às expectativas e valores dos pacientes e familiares (aceitabilidade); adaptação a coletividade (legitimidade); e adequação à todos da sociedade (equidade).

Luedy (2004) encontra em sua pesquisa duas razões para que a Política de Gestão da Qualidade Total esteja focada nestes pilares: a primeira, pelo desejo em oferecer serviços de excelência e, a segunda, por elevar principalmente a efetividade e eficiência da organização hospitalar.

Deste modo, vale considerar a compreensão de Cerqueira (2005) quanto à necessidade de interligação entre as dimensões técnicas, interpessoais e ambientais. Ela considera que por meio destes, pode-se interagir negociações com usuários e fornecedores para o melhoramento das condições que permeiam à qualidade. O que justifica estar comprometido à efetividade e eficiência administrativa, por alinhar-se aos princípios de qualidade de Deming (1990), a citar: constância do propósito de melhoria do produto/serviço, manter-se em atividade competitiva, assumir filosofia de qualidade, adotar a inspeção durante todo o processo diminuindo os custos, treinar em serviço, encorajar à inovação, diminuir as barreiras entre os setores, instituir a liderança como diferencial e fortalecer as tendências de mudanças e inovações.

Portanto, é necessário à Gestão da Qualidade em Saúde não pensar em resultados isoladamente ou imediatos. Deve-se existir envolvimento de todos os níveis da organização (diretoria, gerencia e técnico-operacional), fortalecer a motivação pela excelência e avaliar sistematicamente o desempenho.

A avaliação de serviços perpassa sobre as concepções da melhoria iniciada no setor industrial e fortalecida pelos aspectos inerentes as TGA. Para os serviços de saúde, a avaliação também deve seguir orientação quanto à imparcialidade, fidedignidade e praticidade. Sua utilidade corresponde às vantagens que decorrerá em ganhos internos e externos do serviço de saúde.

Internamente, favorece com a autoconfiança aos profissionais, torna o clima organizacional positivo, reduz custos e desperdícios, aumenta a eficiência e eficácia, além de adequar normas e rotinas à realidade exigida.

Externamente, a avaliação aumenta a participação da organização no mercado, credibiliza o serviço prestado, satisfaz quanto aos investimentos e as expectativas da sociedade (MEZOMO, 2001).

Em estudos de Barros (2005) sobre a avaliação da qualidade dos hospitais, faz consideração da qualidade nas seis dimensões da organização hospitalar: política, custos, entendimento sobre o serviço, condição moral da equipe, preocupação com a segurança e a dimensão ética.

Assim, fortalece a concepção de Mezomo (2001) de que a gestão está fundamentada na avaliação da qualidade, permitindo ações voltadas ao processo ou serviço, focando no usuário e com objetivos claros. Também é necessário documentar as atividades, autoconhecer sobre as atribuições, comprometer-se como sucesso, capacitação e melhoria das deficiências do processo. Tão logo, a gestão da qualidade em saúde necessitará de reavaliação regular e informação pertinente as suas inovações adotadas (VUORI, 1982).

As informações têm relação direta com o processo de avaliação e tomada de decisão, fortalecendo as orientações que Tanaka e Melo (2001) fazem ao processo de avaliação. Esta deve estar fundamentada em quatro condições: iniciar avaliação por um aspecto relevante, existir critérios que embasam a avaliação, associar ações as repercussões alcançadas e tornar a avaliação uma atividade cotidiana.

A relevância de uma metodologia para avaliação da qualidade de serviços de saúde já é preocupação antiga de diversos estudiosos e entidades governamentais ou profissionais. Destacam-se John Graunt²³ e William Petty²⁴ por quantificarem padrões de morbidade,

²³ **John Graunt** foi demógrafo britânico com importante colaboração à saúde pela sua observação sobre a ocorrência matemática da morte; originou estudos estatísticos do modelo tabular da análise demográfica, que permite traçar políticas públicas sobre previdência e seguros de vida ou saúde. (GASTAL, 2006; CQH, 2007).

²⁴ **William Petty** foi economista, cientista e filósofo britânico. Pioneiro no estudo da economia política, sua proposta de utilização de métodos quantitativos para análise da compreensão dos estudos financeiros estatal. Como médico ele se dedicou aos estudos de Ciências Sociais, bem como a economia da saúde. (GASTAL, 2006; CQH, 2007).

William Farr²⁵ por fundar o registro anual de mortalidade e morbidade, John Snow²⁶ pelos benefícios pensados através dos estudos epidemiológicos, Florence Nightingale por adotar princípios estatísticos na abordagem dos fenômenos sociais e sanitários da Guerra da Criméia, Ernest Codman que propôs sistema de gerenciamento de resultados a partir de reflexões sobre os padrões hospitalares (GASTAL, 2006).

O Colégio Americano de Cirurgiões²⁷ foi entidade profissional relevante, pois estabeleceu padrões mínimos de qualidade para os hospitais e, conjuntamente com a Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations²⁸ (JCAHO), organizou os padrões ótimos de qualidade dos serviços de saúde (GASTAL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) intervieram na política de saúde de modo ao estabelecimento de critérios iniciais de habilitação e, posteriormente, de acreditação dos serviços de saúde. A OPAS apoiou o Ministério da Saúde (MS) no desenvolvimento de manuais nacionais de acreditação dos serviços de saúde e juntos instituíram a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Esta tendo competência e autorização do MS para propor normas acreditadoras e credenciar serviços. Para tanto, houve qualificação pessoal a avaliação e elaboração de código de ética sobre a qualidade e as informações relativas aos serviços de saúde hospitalares (GASTAL, 2006; CQH, 2007).

Sobre a relação entre qualidade e informação, Vuori (1982), considera que a qualidade ótima é uma possibilidade utópica. Portanto, ela sempre deverá ser avaliada com informações fidedignas e não excessivas. Para isto, as informações devem refletir panorama real da qualidade, possibilitando a avaliação dos processos do serviço (GUIMARÃES, 2004).

Mendes (1993; 2001) considera importante esta idéia, porque a informação da qualidade é gerada durante todas as etapas do serviço, do planejamento até o uso do serviço e seu efeito na vida do usuário.

Estas informações devem ser reunidas em um sistema associado às etapas de planejamento, produção, distribuição e interface com o usuário e família do serviço de saúde.

²⁵ **William Farr** foi médico epidemiologista inglês que por meio dos seus estudos sobre a transmissibilidade das doenças contribuiu para os estudos estatísticos (GASTAL, 2006; CQH, 2007).

²⁶ **John Snow** foi médico anesthesiologista e epidemiologista inglês com fundamental colaboração na origem da bioestatística aplicada aos cuidados de saúde hospitalar. (GASTAL, 2006; CQH, 2007).

²⁷ **Colégio Americano de Cirurgiões** é uma associação norte americana, com atividade educacional na formação acadêmica e de residência em cirurgias, criada em 1913. Sua atividade nos serviços de saúde hospitalar tem relevância para melhoria da qualidade do cuidado para o paciente; para tanto, estabelece padrões de excelência nos serviços. (GASTAL, 2006; CQH, 2007)

²⁸ **Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)** é organização não-governamental Norte Americana que iniciou atividade de desenvolvimento dos padrões de ótimo de qualidade nos serviços de saúde e hospitalar. (GASTAL, 2006).

Por meio dela, permitem-se desenhos estratégicos de planejamento coerente às necessidades reais. Sua associação com a interpretação aguçada (de atividade gerencial) possibilita pensar em melhores práticas, padrões e relacionamentos de eficiência, efetividade e eficácia.

Leitão (2010) reconhece o desafio deste gerenciamento e reforça que a estratégia frente ao serviço de saúde hospitalar deve pensar em controle de processos, segurança profissional e do paciente, atendimento conforme a satisfação dos familiares e usuários, redução de custos e investimento em tecnologias de informação. Esta autora percebe também que a tecnologia da informação fornece dados que instrumentaliza a gestão da qualidade e sistematiza ações para o processo de acreditação.

Um dos modos de organização destas informações como instrumento de gestão é constituindo indicadores de qualidade. Eles permitem analisar os processos, a estrutura e os resultados do serviço hospitalar (SANCHES, 2010).

Sua relação com a coleta de informação e desempenho do serviço valoriza a participação dos envolvidos na mudança cultural de gerenciamento da qualidade, como se pretende discutir na gestão de enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e seu uso dos Indicadores de Qualidade (IQ), a seguir.

2.3 GESTÃO DE ENFERMAGEM EM UTI E OS INDICADORES DE QUALIDADE

O redirecionamento da gestão nas organizações de saúde se tornaram práticas contemporâneas, frente as novas exigências deste segmento do terceiro setor. O hospital, não distante deste processo, adotou modos de controle de seus serviços fundamentados na informação clínica, administrativa ou de serviços para aperfeiçoamento da sua atividade.

O Indicador de Qualidade em Saúde (IQS) é exemplo de tal inovação da gestão de serviços hospitalares. Guimarães (2004) reconhece que a informação do serviço de saúde permite utilização nos momentos presente ou futuro, sobre dada situação individual ou coletiva e priorização conforme checagem e avaliação. Estes são alguns aspectos positivos dos indicadores dos IQS.

Os IQS são objeto de estudo devido sua relevância que perpassa pela informação eficiente, expressividade situacional do serviço, acompanhamento avaliativo e fundamentação à gestão de unidades produtoras de serviços hospitalares. Uma destas unidades é a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) a qual se constitui cenário desta exploração científica. Da sua

equipe multidisciplinar, responsável pelo desenvolvimento dos processos assistenciais e gerenciais, tomam-se como indivíduos do estudo as profissionais enfermeiras.

Desta maneira, é importante discorrer estudo sobre os indicadores de qualidade em saúde e quanto à gestão de enfermagem em UTI.

2.3.1 Compreensão sobre os Indicadores de Qualidade em Saúde

A atual linguagem sobre qualidade em serviços de saúde é o indicador. Compreendê-lo é importante pela sua relevância quanto aos aspectos tangível e intangível associada à saúde. Fundamentando-se na semântica, segundo Marque (1999), o tangível e intangível correspondem a percepção sobre determinado objeto de estudo. Aqui neste estudo especificamente, trata-se do fenômeno da percepção de enfermeiras intensivistas sobre a gestão por indicadores de qualidade em UTI.

Para tanto, é necessário saber que os IQS são unidades de medida. Providos de conteúdo matemático e estatístico, eles se aplicam para monitorar e avaliar condições importantes aos cuidados desenvolvidos aos pacientes e a realização dos serviços (BITTAR, 2008).

Para o CQH (2008), o indicador é dado ou informação numérica que quantifica a qualidade de um serviço ou produto. O requisito numérico dele permite retratar a eficiência e eficácia das práticas adotadas nas organizações. Sua associação ao serviço de saúde, permite agrupar em IQS dos tipos gerencial e assistencial. Fernandes (2002) os compreende como documentação administrativa ou dado relacionado aos cuidados prestados aos pacientes.

Para corresponder a tamanha função, os IQS devem possuir atributos de validade, sensibilidade, especificidade, simplicidade, objetividade e baixo custo (GASTAL, 2006). E Mezomo (2001) considera que por isto, os indicadores expressam situações da realidade que necessitam de reflexão avaliativa à melhoria da qualidade. Assim, ele deve ser fácil em coleta e cálculo e ter baixo custo operacional para conseguir bom custo-benefício a sua implementação.

Estes aspectos são alcançados por meio da nomenclatura adequada, fórmula clara e objetiva, classificação quanto ao tipo e conforme sua a sua fonte de informação. Os tipos de indicadores podem se apresentar como taxa, coeficiente, índice, porcentagem ou número absoluto; isto dependerá do modo de observação sobre o fenômeno e sua correlação com a percepção gerencial (FERNANDES, 2002; CQH, 2007; BITTAR, 2008).

O CQH (2007) também considera como qualidade intrínseca dos IQS, a sua inteligibilidade (interface entre usuário-avaliador), rastreabilidade (devido sua correlação com as variáveis das partes do processo) e a estabilidade (devido seus elementos serem atemporais e constantes).

São estas três características que validam o IQS para serem implementados nos serviços. Elas permitem avaliação periódica e contextual da qualidade do serviço e conhecimento sobre o desempenho alcançado. Para tanto, a fonte de informação deve ser verdadeira e sua expressão permitir ações de melhoria. De modo a existir correlação entre a informação verdadeira, existência de programa de evolução em melhorias e a organização política da gestão fundamentada na qualidade.

Sobre a informação, Barros (2005) preocupada em avaliar a qualidade dos hospitais públicos baianos, reflete sobre a habilidade necessária para se ter tal fidedignidade. Isto se deve pelo aspecto da complexidade do serviço hospitalar, amplitude de ações gerenciais e assistenciais da enfermagem, fatores sócio-político-profissional da organização hospitalar, condições de trabalho multidisciplinar e diversificado grau de exigência e satisfação dos pacientes e familiares, elevado custo tecnológico e o propósito final da notificação das não conformidades do serviço.

Segundo Silva e Nora (2008), as informações nos processos de saúde agregam valores à medida que provoca análises para decisões de melhoria e mobilizam grupos as boas práticas. Assim, investir em sistemas informatizados de informação acompanhamento das tendências da gestão da qualidade.

A boa prática do registro em prontuário eletrônico e o faturamento de contas automáticas são exemplos que Sanches (2010) cita para tornar a informação rápida e fidedigna. Para este autor, a informação assim processada permite avaliação periódica para detecção de problemas no processo e relação de compromisso profissional em notificar aspectos positivos do serviço para alimentar um banco de dados.

A segunda correlação se associada aos programas de melhoria contínua. Esta que interfere diretamente nos pilares da qualidade, principalmente quanto à eficácia, eficiência e efetividade. Isto se deve pelo desenvolvimento de co-responsabilidade profissional com os resultados obtidos e esperados. Pois se trata da incorporação da filosofia de qualidade total pelos funcionários da organização hospitalar.

Mendes (1993; 2001) associa o bom empenho da mão de obra do terceiro setor ao investimento aplicado em capacitação para desenvolvimento de competências profissionais. Esta habilidade no serviço hospitalar está associada ao conhecimento sobre a tecnologia

aplicada no processo de cuidado e no diferencial que a auto-avaliação proporciona. Para tanto, é necessário ter clima organizacional que fortaleça os aspectos de política da GQT.

Deste modo, não se pode perder de vista a interferência que o ambiente hospitalar sofre com a interpessoalidade. Suas conseqüências podem ser positiva ou negativa ao desenvolvimento de autocrítica, criatividade para inovações do trabalho e respeito às funções do processo de trabalho.

Para tanto, Korbes (2010) e Silva (2002) consideram que a comunicação influencia na capacidade de desempenhar boas ações sobre os pontos críticos do serviço de saúde. Isto porque os códigos lingüísticos, o comportamento e a expressão não-verbal criam vínculos. Estes meios de comunicação possuem conteúdo, fato, informação e sentimentos. Eles permitem que os profissionais de saúde exerçam suas funções.

Esta práxis é associada à GQT, principalmente sobre os 5S, pois os indicadores são evidenciados através da notificação das não conformidades. Assim sendo, existirá maior grau de fidedignidade quanto maior for a relação de confiança mútua entre os membros da equipe multidisciplinar da UTI. Destas, as enfermeiras que historicamente tem a maior aproximação com a avaliação do serviço (MENDES, 1993).

Assim, os IQS implementados nas unidades de produção de serviços de saúde devem ter grande aproximação com a gestão de enfermagem. Por isto, faz-se relevante o estudo empírico sobre a gestão de enfermagem em UTI com o uso dos IQS.

2.3.2 Gestão da Qualidade em Enfermagem e UTI

A atividade gerencial de enfermagem é regulamentada pela Resolução COFEN 189/96 que compreende os indicadores como sendo instrumentos que permitem quantificar resultados e ações da atividade assistencial ou gerencial da enfermeira em serviços hospitalares e outros. É por isto que Fernandes (2002) percebe que os IQS norteiam o dimensionamento de pessoal, número de leitos, número de atendimentos e procedimentos, perfil e permanência de internamentos e aspectos da relação colaborador-serviço e demais aspectos do hospital.

Para tamanha responsabilidade legal, a enfermeira necessita de instrumentos viáveis e sensíveis para fundamentar a tomada de decisão e propostas de melhorias do serviço. Isto é conseguido por sistemas de informação, que são alimentados por enfermeiras ligadas diretamente às atividades assistenciais e, por fim, analisados pelas enfermeiras em cargo de liderança gerencial. O sistema de informação é útil nestas atribuições por permitir um olhar

ativo sobre os serviços prestados e permear reflexão em diferentes grupos envolvidos, uma vez que geram indicadores da qualidade do serviço (GUIMARAES, 2004; MARQUES, 1999).

Considerando que os IQS possuem tais relevâncias, a gestão de enfermagem pode exercer suas reflexões sobre três dimensões de avaliação do serviço: estrutural, processual e de desempenho (SILVA e NORA, 2008). Em se tratando da UTI, esta unidade de produção permite considerações quanto à estrutura física como climatização, distribuição de rede de gases medicinais, voltagem de corrente de energia, condições físicas de isolamentos, entre outros que interferem direta ou indiretamente na prestação de cuidados.

O aspecto processual tem associação com a implantação de normas e rotinas de procedimentos, equipe assistencial, organograma de responsabilidades, disposições de materiais e equipamentos duráveis e não duráveis, bem como sua correlação com outras unidades produtoras de serviço e funcionam como parceiras ou de apoio à UTI. Estas podem ser intrahospitalar (laboratório, bioimagem, banco de sangue, centro de consultas por especialidades, unidades cirúrgicas e de internação, etc.) ou interhospitalar (que constitui sistema interligado de referência e contra-referência (LIRA; QUIDIM, 2009).

Estes determinantes de processo sofrem e exercem influências sobre condições variadas de desempenho. O desempenho está associado aos resultados obtidos que, em saúde e principalmente em unidades de alta complexidade como a UTI, podem ser positivos ou negativos (MEZOMO, 2001).

Porém, para este autor, ser positivo ou negativo não corresponde necessariamente ao sucesso ou insucesso, respectivamente. Ele considera que a avaliação realizada pela GQT deve focar a evolução positiva no longo prazo. Não cabe a ela compreender o desempenho tomando a concepção única da Teoria Clássica da Administração. Em saúde, a enfermagem intensivista deve saber que a UTI é concebida administrativamente no âmbito maior da Teoria dos Sistemas. E esta valoriza seus canais abertos de relacionamentos estruturais, profissionais e funcionais.

A UTI agrega grau de complexidade administrativa, conforme pertence ao serviço de saúde, porém peculiar quando comparada a outras unidades hospitalares. Os pacientes que se submetem a tratamento intensivo podem ter condições variadas de quadros clínicos ou cirúrgicos e ter mudança de prognósticos à medida que se aplica intervenções terapêuticas. Estes prognósticos podem ser de cura, minimizar sequelas, favorecer sobrevida e até de cuidar paliativamente em casos de pacientes terminais. Estas situações exemplificam condições que

exigem habilidade da enfermeira em gerenciar uma UTI, e assim, justificar a utilização dos IQS na sua atividade de liderança a frete da equipe.

Mezomo (2001) esclarece que a liderança deve corresponder aos desafios e modo de exploração dos problemas por meio das percepções aguçadas. Estas particularidades não são didaticamente ensinadas, mas profissionalmente aperfeiçoadas. E não seria diferente na complexidade gerencial da UTI.

A viabilidade dos IQS como ferramenta de gestão se faz convincente por estarem pautados nas atividades dos líderes sobre os princípios da qualidade total. Sabendo que a GQT valoriza a política organizacional e os indivíduos dela, Fernandes (2002) considera que os indicadores acabam, por fim, avaliando e permitindo intuição sobre melhorias dos pontos frágeis do serviço hospitalar.

Quando a observação é prospectiva, ela acontece processualmente em cada etapa do desenvolvimento das atividades. Deste modo, a enfermagem obtém dados numéricos para estimar ocorrências adversas. A observação destes pontos frágeis pode ser realizada de modo prospectivo ou sentinela. Quando sentinela (retrospectivo) existe o empenho em conhecer como aconteceram os fatos que levaram a conseqüências negativas graves e que não devem se repetir no serviço (BORGES; ROSINI; MALACHIA, 2008).

Assim, o desempenho satisfatório da UTI depende de avaliações contínuas e freqüentes, no tempo real de realização. Pois se trata de manter funcionamento baseado na melhoria continua. O bom administrador não deve somente se empenhar em resolver problemas já desencadeados, mas sim em prevenir o início e permanência destes problemas (MEZOMO, 2001). Idéia que coaduna Luedy (2004), pois esta encontra como resultado de seu estudo a preocupação da enfermagem em gerir sensivelmente seu cotidiano, e por todos os seus membros. Para melhor percepção sobre o nível da qualidade dos serviços prestados, pode existir compartilhamento de situação de desempenho alcançado pelas UTI.

O CQH (2007) considera a enfermagem como envolvida diretamente no desenvolvimento da assistência e, assim, sua coordenação é diretamente sensível aos determinantes do desempenho da equipe sobre os pontos frágeis do processo do serviço prestado ao paciente. Quando o sistema dos IQS é integrado, há possibilidade de compartilhar ações corretivas sobre os problemas identificados. Assim, as ações implementadas podem ser testadas conforme sucesso que alcançaram em serviços semelhantes; neste caso das UTI que se reúnem em tal compartilhamento de dados sobre seus desempenhos constituem um único sistema de banco de dados.

Este sistema de compartilhamento de IQS é conhecido como *benchmarking*²⁹. Deste modo, a gestão de enfermagem em UTI pode padronizar suas informações como IQS padrões, acerca de: queda de paciente, ocorrência de úlceras de pressão, satisfação da equipe, horas de treinamento, ocorrência de flebite, rotatividade de colaboradores, perfil de pacientes internados, uso de leitos por dia ou mês.

Estes IQS podem ser classificados como assistencial ou administrativo, segundo Gastal (2006). Especificamente para UTI, a enfermagem tem gerenciado conforme indicadores específicos tais como: número de cateter central, perda de cateteres, número de sondas vesicais, taxas de infecção, percentual de pneumonia associado à ventilação mecânica, número de pacientes com desmame difícil da ventilação mecânica, número de procedimentos não realizados, etc (CQH, 2007).

A enfermeira pode utilizar estas informações e analisá-las em sua função gerencial, para rever o serviço prestado, quanto aos padrões de excelência desejados e a conformidade alcançada perante serviços semelhantes. Neste contexto, é importante saber que a qualidade não tem completude, segundo Berwick e Roessiner (1994). E assim, utilizar-se dos benefícios para qualidade que o *Balance Scorecard*³⁰ (BSC) permite realizar. Segundo Kaplan e Norton (1997) e Andrade (2008), a principal vantagem do escore balanceado é a possibilidade de crescimento pelo aprendizado com outros serviços.

Considerado como fundamental para a gestão da qualidade, a estratégia deste método de compartilhamento de IQS para ações da coordenação de enfermagem em UTI, é prática de estratégia de planejamento conforme Leão et al (2008).

Os benefícios deste processo de trabalho permitem tomada de decisão consciente, priorização de medidas para melhoria do serviço prestado e atitude de encorajamento à avaliação para certificação da qualidade (MEZOMO, 2001).

Uma das organizações nacionais de avaliação e acreditação e certificação da qualidade, respaldado pelo Ministério da Saúde (MS) é a Organização Nacional de Acreditação (ONA). A enfermagem tem papel fundamental para este tipo de avaliação, pois

²⁹ **Benchmarking** é método sistemático de comparação de desempenhos entre dois ou mais sistemas com vistas à busca das melhores práticas nos serviços de aspectos semelhantes. Assim, as atividades se tornam positiva e pró-ativa, examinando como outra empresa realiza uma função específica, a fim de melhorar a realização das funções semelhantes (ANDRADE, 2008; KAPLAN; NORTON, 1997)

³⁰ **Balanced Scorecard (BSC)** é um sistema de gestão estratégica que traduz a missão e a estratégia de organizações em um conjunto abrangente de medidas de desempenho organizacional, sob as seguintes perspectivas: desempenho financeiro, conhecimento do usuário, observação sobre os processos internos, aprendizado e crescimento paulatino. O BSC monitora também a evolução das ocorrências adversas, o desenvolvimento do capital intelectual. Assim, permite fortalecer a capacidade organizacional, beneficiando os clientes e possibilitando o crescimento organizacional futuro (ANDRADE, 2008; KAPLAN; NORTON, 1997)

se envolve com o fazer cotidiano da assistência hospitalar. Assim, permite a estruturação do serviço, como a UTI, para padronização de serviços prestados (AQUINO; GIAPONESI; SANTOS, 2008).

É a enfermagem quem ajusta práticas das UTI's às metas e padrões a serem atingidos na avaliação. Para tanto, conhecer o panorama dos IQS dos serviços acreditados, por meio de escore balanceado, é um apoio adicional a gestão que se prepara pra acreditação (GASTAL, 2006).

Estas experiências de gestão de enfermagem em UTI possibilitam atuação prioritária em formação de banco de dados sobre a estrutura, processo e resultados. Para tanto, tenta-se reduzir custos e melhorar o desempenho do serviço, educar em saúde para formação de uma consciência coletiva de qualidade contínua, buscar melhores praticas para fortalecer confiança dos usuários internos e satisfação dos usuários externos. Também há preocupação com a segurança aos riscos provenientes do serviço, podendo ser segurança do trabalhador, bem como do paciente (WACHTER, 2010).

Deste modo existe concordância com Marques, Silva e Alboleda (2008) quanto ao uso de indicadores pela gestão de enfermagem em UTI. Elas compreendem que os IQS atendem as necessidades exigidas para acreditação, devido seu apoio a habilidade gerencial nos âmbitos técnico, humano e conceitual.

As enfermeiras em atividade gerencial do serviço de UTI são personagens destes âmbitos e por isto devem utilizar os IQS como método de seu trabalho. Havendo deste modo, justificativa de ações implementadas e que julga necessária, bem como os IQS permitem o discernimento dos indivíduos da diretoria, equipe, apoio e clientes sobre as medidas que são tomadas para melhoria (CIAMPONE; MELEIRO, 2005; FALK, 2001).

Considerando que a enfermagem tem envolvimento direto com o discurso da qualidade em serviços hospitalares e, considerando a importância da sua participação na gestão da qualidade em UTI, tornou-se necessário estudo sobre o uso dos IQS como ferramenta gerencial da enfermagem na UTI.

3 A PERCEPÇÃO COMO EIXO FILOSÓFICO DO ESTUDO

“Acreditou-se que o conhecimento tinha um ponto de partida e um fim; hoje penso que o conhecimento é uma aventura em espiral que tem um ponto de partida histórico, mas que não tem um fim [...] a descoberta de um princípio simples não tem fim; ela reconduz ao mesmo princípio simples que ela esclareceu em partes”.

(EDGARD MORIN, 2000)

O estudo sobre a percepção é significativo desde longas datas. Os gregos atribuíam variados termos ao aspecto da percepção que correspondiam ao efeito de recolhimento; do latim, a terminologia tem significado de cobrança e apreensão. Esta última permitiu desenvolvimento de interpretações em diferentes períodos filosóficos (MORA, 2001).

Segundo Santaella (2001), a percepção, a codificação e decodificação, principalmente dos sentidos da visão e audição, favoreceram a percepção sobre a Teoria de Peirce³¹. Nesta, a dualidade que anteriormente constituía a percepção (como condição passiva) junto à ação (como condição ativa), evoluía ao aspecto de tríade por tentar compreender a influência da força psíquica (condição mental).

A percepção passa a ser atribuída também à apreensão intelectual, com atividade compreensiva, representando idéias e reflexões da psicologia. Atribui-se importância às concepções decorrentes de percepção sensorial e de percepção mental, as quais se distinguem pela “natureza psíquica que inclui algum elemento sensorial e algum elemento intelectual” (MORA, 2001, p. 556). Por meio destes elementos, pode-se compreender a evolução das idéias sobre percepção, no sentido de favorecer o conhecimento e a interpretação.

Coadunando com esta idéia, Santaella (2001) considera que com a teoria da percepção se consegue resolver impasses sobre os significados, especialmente ligados à linguagem, numa dada realidade e por meio de uma fonte perceptiva.

O conhecimento é associado ao tipo de pensamento que imagina, especula e duvida, para assim perceber entendendo; e também há o conhecimento pelo envolvimento com o objeto estudado, e assim perceber a vontade. Estes dois aspectos não são, necessariamente ,

³¹ **Charles Sanders Peirce** foi filósofo americano que explicou o homem conforme significado de tudo que o cerca, numa concepção triádica de elementos formais que compõem qualquer experiência. Estas três categorias da semiótica são: a primeiridade (qualidade da consciência imediata é um sentimento invisível, não analisável, frágil), a secundidade (leitura consciente e profundidade do conteúdo de um fenômeno) e terceiridade (corresponde à inteligibilidade que representamos e interpretamos o mundo; é a capacidade de previsão de futuras ocorrências) (ABBAGNANO, 2007; MORA, 2001).

separados. A coexistência deles fundamenta o contínuo de percepção (MORA, 2001; ABBAGNANO, 2007).

A continuidade da percepção se propõem a idealizar, colocar significados, correlacionar acordos e desacordos numa dada realidade, sem início ou fim, pois trata do processo da vida observada. Esta, podendo ser chamada de fenômeno em estudo.

Gibson (1974), em *Perception of the Visual World*, apud Santaella (2001) afirma que se o percebido acontece pelos órgãos dos sentidos e ainda existe algo a compreender, é de se assumir a existência mental da percepção sobre a realidade.

Para tamanha dimensão atribuída a percepção, epistemologicamente foram propostos três teorias sobre apreensão da realidade externa:

[...] a teoria realista da percepção, segundo a qual o conteúdo das percepções é constituído pelas próprias realidade; a teoria causal da percepção, segundo a qual há uma diferença entre perfeição e realidade percebida, já que esta é causa daquela; e a teoria fenomenista, a qual o que se percebe são fenômenos ou aspectos fenomênicos da realidade (MORA, 2001, p. 558).

Por conta destas teorias, se reflete sobre alguns fatores relacionados ao desenvolvimento da percepção. A interioridade ou exterioridade do ponto de partida para percepções quanto a realidade estudada; a influencia do meio como variável interveniente da percepção; o propósito da percepção focado em ações futuras ou puramente para conhecimento empírico; e sobre o quê a percepção será concebida: um acontecimento único ou o contexto de um fenômeno.

Deste modo, adotar a percepção como eixo filosófico permitiu a análise de conteúdo deste estudo, numa concepção abrangente. Puderam ser fundamentos desta análise a consciência das falas dos entrevistados, o envolvimento dos informantes no fenômeno estudado, o acolhimento das idéias informadas, a concepção estrutural das informações interpretadas e a autopercepção dos informantes ao formular suas respostas.

Austin (1993) dá entendimento de que as palavras proferidas no dia-a-dia são sutis em uso, porém são marcos teórico-práticos quanto ao fenômeno pesquisado. As informações carregadas permitem múltiplas interpretações, a depender da percepção que as envolve. Tal como Passos (2009), afirma que não existem fatos reais sobre coisas materiais; porém, como fenômenos, as sensações e sentidos instituem a totalidade de recursos interpretativos.

Merece citar que a hermenêutica (mesmo não sendo mérito deste estudo) traz fundamentos importantes ao aperfeiçoamento da questão interpretativa. Segundo Barreto (1999, p. 48), a “hermenêutica é a arte de compreender”; aplica-se quando existe necessidade de buscar respostas técnicas ou interpretações sobre determinado fenômeno. Porém, ela não se

constitui instrumento a disposição do homem. Para Heidegger, a hermenêutica é modo de compreensão do homem. Bem como, vale ressaltar que a compreensão hermenêutica é um ponto de vista ontológico, para Gadamer (BARRETO, 1999)

Deste modo, não se faz compreensões de verdadeiro ou falso, nem de correto ou errado, quanto à análise das informações deste estudo. A análise está pautada no desafio do conhecimento científico, considerando que

[...] a problemática do estudo se organiza dentro de alguns pontos fundamentais que perpassam o conjunto das questões tratadas, quais sejam, a natureza do social; as relações entre indivíduo e sociedade; entre ação, estrutura e significados; entre sujeito e objeto; entre fato e valor; entre realidade e ideologia [...] (MINAYO, 2010, p. 21).

Isto não se deve somente porque a pesquisa qualitativa compreende a importância da transformação e construção das significâncias humanas sobre seus atos, relações e estruturas sociais. Deve-se também por discutir acerca da percepção sensível, que propõem debates sobre os dados dos sentidos, numa dimensão além das coisas materiais (AUSTIN, 1993).

Para tanto, o eixo filosófico do estudo transcorreu sistematicamente por todo o aspecto metodológico adotado. Considerando que a pesquisa qualitativa “visa compreensão da lógica interna de grupos, instituições e atores”, segundo Minayo (2010, p. 23), foram aplicadas as prerrogativas de Austin (1993).

Quanto à percepção ser direta e indireta, conjuntamente, foi proposto como sujeitos enfermeiras assistencial e enfermeiras coordenadoras em atividade profissional nas unidades prestadoras de serviço que se constituía como *locus* do estudo. Isto por considerar o envolvimento do ambiente, estrutura, rotinas e relacionamentos sobre as percepções estimuladas e não desmerecer a importância das semióticas de funções diferentes (assistencial e coordenação) sobre um mesmo propósito final (AUSTIN, 1993).

Deste modo, também atende aos pressupostos de perceber influências do ambiente sobre as informações e de não haver distanciamento da percepção para com seu fenômeno por coletar dados *in locus*. E para valorizar a multiplicidade e dimensões das percepções, a coleta foi desenvolvida em momentos variados de visita ao campo de estudo (AUSTIN, 1993).

Conforme a sistematização das prerrogativas de Austin sobre a percepção frente aos aspectos metodológicos, atendeu-se a condição de valorizar a cultura e representações, envolver-se nas relações dos indivíduos e em seus aspectos sociais, bem como estar inserido no contexto histórico da pesquisa, conforme orienta Minayo (2010).

Mora (2001) se refere a percepção como sensível quando apreende um objeto real e categorial. Assim, faz entonação à idéia interpretativa que, segundo Eco (2005), é meio de

favorecimento da reflexão científica relativa à avaliação dos valores humanos. Para tanto, deve-se aprofundar esta interpretação – superinterpretar – sobre os fatos associando analogias, semelhanças de conteúdo, percepções sobre idéias coincidentes e comparando criticamente o grau de importância atribuído aos significados.

Gadamer considera que a linguagem permite o esforço interpretativo sobre os aspectos da palavra como expressão do tema e da linguagem conforme experiência do mundo vivenciado (BARRETO, 1999).

Para tanto, a necessidade de fortalecer a concepção argumentativa exterior dos dados qualitativos, o eixo filosófico do estudo permitiu a associação da característica quantitativa. Correlação da qual houve reciprocidade, pois se sabe que os dados quantitativos se fortalecem com a análise interpretativa interna. Isto posto é corroborado por Sarapioni (2000) quando entende que a associação entre as duas naturezas da pesquisa traz ótimos resultados, pois interpreta os dados com maior fidedignidade.

Tendo em vista a análise dos dados, na perspectiva qualitativa e quantitativa, foi adotada a técnica da análise de conteúdo. Segundo Amado (2000), ela fortalece a interpretação quando organiza o conteúdo manifestado para descrever objetivamente, agrupar por similaridade e quantificar as informações que por fim são inferidas.

Vala (2001) corrobora com a idéia de que a análise de conteúdo atribui amplitude sobre a informação, permite correspondências fundamentalistas e valoriza a informação em seu lócus e tempo histórico.

Conforme interpretação, a reconstrução textual por meio da análise favorece a compreensão que Eco (2005) menciona como fundamental a percepção das idéias mencionadas, e assim, constituir a superinterpretação.

Segundo o mesmo autor, a superinterpretação não precisa de defesa. Desde que esteja bem fundamentada por técnicas que a fortaleça. Conforme Sarapioni (2000), é inevitável a integração dos métodos, tendo em vista que não se pode evitar a quantificação dos achados qualitativos, bem como entende que a quantificação permite novas análises e inferências.

Deste modo, tais análises e inferências respondem a argumentação semiótica de Santaella (1998), quanto a origem dos estímulos que contribuem para os dados serem percebidos pela mente.

Segundo Austin (1993), os argumentos credibiliza a percepção argumentativa. Eles remetem a reflexões filosóficas. Inicialmente, como miragem retrata imagens de uma situação ideal ou desejada do fenômeno. Como reflexo das imagens, percebe-se situação real que pode despertar sentimentos positivos ou negativos. E por fim, como refração, as percepções podem

corresponder a distorções propositais ou subjetivas, permitindo entendimento associado a autodefesa de estar inserido numa imagem não desejada.

Essas reflexões condizem com a apreensão, pois deve intuir ou deduzir a partir de estímulos que o pesquisador sofre. São por meio delas que o estudo se desenvolve por compreensão, apreensões probabilísticas e percepções argumentativas.

Austin (1993) chama atenção aos estudos de grupos que atuam objetivamente a um fim comum, porém com atividades meio distintas. Pois os resultados podem intuir à semelhanças ou distinção dos fatos. Isto acontece por meio da antítese permitida quando cada indivíduo participa de grupos específicos, porém para uma atividade comum. Bem como, porque a linguagem não vive separada do pensamento, segundo Barreto (1999).

Para aprofundamento sobre estes aspectos, seguir-se-á nas compreensões permitidas mediante estudo empírico sobre a percepção das enfermeiras intensivistas no uso dos IQ em atividade gerencia da UTI.

4 METODOLOGIA

[...] “uma das melhores aceções atribuída à ‚razão‘ [...] é a de abertura à crítica – disposição de ser criticado e empenho em criticar-se – sugere que a exigência de ampliar tanto quanto possível a atitude crítica pudesse ser chamada como raciocínio crítico” [...]

(KARL POPPER, 1986)

Considerando os objetivos propostos, em especial, o de analisar a percepção das enfermeiras de UTI sobre a utilização dos indicadores de enfermagem dessa unidade, optou-se por planejar uma pesquisa de campo, de caráter exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, num serviço de terapia intensiva de uma unidade hospitalar de grande porte da cidade de Salvador-Ba.

Para tanto, seguiu-se rigor metodológico quanto ao tipo de estudo, instrumento de coleta de dados, respeito aos aspectos éticos da pesquisa em saúde, local do estudo, população e participantes da pesquisa, atividade de coleta de dados e processo de tratamento dos dados, os quais serão apresentados a seguir.

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo é de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa que foi sustentada pela abordagem quantitativa ao aprofundamento acerca da percepção das enfermeiras coordenadoras e assistenciais sobre os indicadores de qualidade no gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo.

Para tanto, foram consideradas as concepções acerca das TGA, das reflexões da TQT à complexidade da saúde e dos indicadores de qualidade como ferramenta de gestão contemporânea. Houve preocupação em fundamentar a análise interpretativa conforme reflexão filosófica da percepção.

Foi decisivamente importante o caráter exploratório e descritivo desta pesquisa, pois a estrutura do lócus estudado, segundo Lévi-Strauss (1996), reflete a experiência planejada e decorre da vivência de um grupo de indivíduos numa determinada organização ou serviço.

Assim, o estudo exploratório se direciona as explicações e interpretações dos fenômenos sociais, possibilitando inferências analíticas sobre o que for constatado no estudo

em questão e quanto a intencionalidade da enfermagem ao gerenciamento da UTI utilizando indicadores de qualidade. Segundo Borba e Sarti (2006, p. 83) a exploração “permite estudar cada situação em profundidade, utilizar o máximo possível os dados coletados, respeitar as especificidades e compreender o significado atribuído pelos sujeitos”.

Gil (2006) reforça que a exploração tem característica empírica capaz de explicar conceitos e idéias sobre determinado problema investigado. Assim, proporciona intuição sobre as dimensões do fenômeno e suas formas de manifestação por meio da linguagem do discurso, conforme Polit, Beck e Hungler (2004).

Estes autores também fazem saber que a intenção condição descritiva permitiu ter finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos das situações, favorecendo a compreensão dos resultados. Suas vantagens sobre investigações não experimentais revelam fatores causais frente a situações percebidas, confronta-se com variáveis de estado emocional, social e estrutural que envolve o fenômeno e sua inserção no contexto raramente permite críticas por artificiais (MINAYO, 2010).

Sobre o aspecto quantitativo desta pesquisa, justificou-se pelo tratamento aplicado as informações coletadas e levadas ao plano de análise. Conforme Polit, Beck e Hungler (2004), estas informações se constituem como dados com força estatística devida prevalência e correlação percentual com o total.

O método qualitativo foi pertinente sobre o estudo das relações, percepções e interpretações, que segundo Minayo (2010), se faz útil sobre os sentimentos e vivências dos sujeitos. É compreendido por Polit, Beck e Hungler (2004), como meio de envolvimento dos seres humanos nas experiências do cenário de convívio, tal qual constitui a situação da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. Matheus (2006) faz referência a associação entre descritivo com qualitativo como positivo, pois juntos permitem decodificar relatos e pontos de vistas subjetivos a experiência cotidiana.

Assim, segundo Demo (2000), a pesquisa com abordagem qualitativa verifica a complexidade da realidade, por meio de questões abertas que possibilitam o aprofundamento de causa e convivência com a realidade, permitindo futura interpretação e discussão de dados com maior propriedade de causa.

A correlação do método quantitativo e qualitativo, apesar da existência de críticas de naturezas entre si, foi relevante adotar pelos benefícios da pluralidade interpretativa que permitiram conjuntamente ao plano de análise do estudo.

Segundo Sarapione (2000), estes métodos se fortalecem ao possibilitarem soma da interpretação interna (do método qualitativo) com a força estatística externa (do método

quantitativo). Juntos, eles permearam descobertas de como funciona um programa, uma prática ou a política em serviços de saúde e suas relevâncias. Minayo (2010) acrescenta que a associação deles rompe as idéias simplistas, por permitirem abordagens concretas ao associar estatística e interpretação.

Assim, a análise da estrutura quantitativa permitiu inferir sobre intenção que os sujeitos da pesquisa fazem sobre o assunto estudado, tendo validade pela força externa da observação e descrição, conforme Sarapione (2000). Quanto à análise avaliativa, as unidades de conteúdo orientaram hipóteses com intensidade de juízo sobre as hipóteses; sua validade se constituiu na intuição sobre valores, crenças e hábitos que fundamentam internamente o conteúdo analisado.

Logo, o estudo misto em natureza (qualitativo e quantitativo) exige questões de forma ampla sobre as vigências humanas, seus próprios cenários, as quais cabem também aos estudos descritivos e exploratórios (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 *Lócus da Pesquisa*

Foram critérios para escolha do *lócus* da pesquisa, ser um serviço hospitalar adequado ao objetivo do estudo por se constituir como organização de saúde complexa. A complexidade se determinaria pela intangibilidade, pericibilidade e heterogeneidade do setor saúde, conforme Mendes (1993). Isto posto, são características pertinentes para ela aspectos como a pluralidade de serviços oferecidos; desenvolvimento de atividades assistenciais, de ensino e pesquisa; relações interpessoais constituída por colaboradores de apoio, equipe multidisciplinar, usuários da demanda organizada e aleatória do serviço prestado; diretoria com departamentalização transversal; e gerência pautada na GQT.

Assim, a escolha da organização se deu após visita acadêmica junto a um responsável pelo serviço. Esta organização hospitalar é filantrópica, com serviços prestados a comunidade desde 1549, quando foi inaugurada como Hospital de Caridade.

Sua estrutura organizacional está composta por Superintendência Geral e duas diretorias – Administrativa Financeira e Médica – correlacionadas com suas respectivas coordenações setoriais. Existem departamentos de apoio a estas superintendências, importantes aos critérios da escolha do *lócus* do estudo, tais como Educação Continuada (com Programas de Pós-graduação *Latos Sensu* e na modalidade de residência), Comitê de Ética e Pesquisa, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Escritório da Qualidade.

Em apresentação aos setores, o Escritório da Qualidade explanou sobre seu plano estratégico baseado nas diretrizes da ONA e se colocou disponível a colaboração com o estudo mediante relevância que este pode ter para as atividades que desenvolve na organização e por corroborar com o propósito da Acreditação Hospitalar que pleiteia.

A organização é concebida como de grande porte e presta serviços médico ambulatorial e hospitalar especializado em angiologia, cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, dermatologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neonatologia, neurologia, obstetrícia, oftalmologia, oncologia pediátrica, otorrinolaringologia, ortopedia, pediatria clínica, pediatria cirúrgica, pneumologia, proctologia, reumatologia, urologia e terapia intensiva.

Seu financiamento é composto por fontes público e privado. Como unidade prestadora de cuidados ininterruptos ao processo saúde-doença, sua estrutura permite internação em 474 leitos ativos, dos quais 78 leitos são destinados a assistência de pacientes adultos graves e organizados em um sistema de cinco UTI: UTI Clínica (17 leitos), UTI Córdio-Vascular (12 leitos), UTI Córdio-Clínica (16 leitos), UTI Cirúrgica 1 (14 leitos) e UTI Cirúrgica 2 (19 leitos).

A estrutura arquitetônica remete a preservação da sua condição histórica, fazendo o autor do estudo a repensar, por vezes, no processo de evolução que os serviços de saúde perpassaram nestes 462 anos de atenção. Seus aspectos físicos que permitem notar a busca pela regularização às exigências técnicas das regulamentações do Ministério da Saúde.

As instalações prediais são funcionais ao fluxo de pessoal e material, possui corredores largos, piso antiderrapante, sinalização eficiente dos serviços, disponibilidade de elevadores específicos a pacientes, pessoal e material, além de não possuir poluição sonora e ter boa ventilação, iluminação e dispor de ambientes climatizados e com jardinagem agradável.

A estrutura das UTI dispõe de recursos tecnológicos modernos e conservados que permite adequada monitorização e suporte avançado a vida. Sua estrutura física é climatizada, de cores agradáveis, atende as especificações de boa visualização dos leitos, boa iluminação e circulação de pessoas para intervenções terapêuticas e respeito à privacidade do paciente. É adequada as exigências sanitárias de precauções a contaminação e transmissibilidade de agentes etiológicos, de gerenciamento dos resíduos, segurança do trabalhador, com disponibilidade de rede de gases e adequada disposição dos leitos.

Estas unidades fazem parte de uma rede interdependente de produção de serviços de saúde, com envolvimento contínuo de pessoal técnico, administrativo, assistencial,

colaborador e fornecedores de insumos. Destes, fazem parte do nível assistencial, os profissionais de saúde; dos quais se encontram os da enfermagem.

A enfermagem está inserida nos três níveis da organização (diretoria, técnico e operacional) e sob regimento institucional. Assim, é composta por gerência de enfermagem, coordenadoras de unidades ou setores e equipe assistencial. Deste modo, somam no sistema de UTI cinco enfermeiras coordenadoras e 110 enfermeiras assistenciais, todas especialistas em enfermagem intensiva.

A equipe é estimulada a participar de capacitação periodicamente, conforme programa institucional, é atribuída da continuidade dos cuidados ininterruptos durante as 24 horas, com assistência especializada e que preza a liderança individual.

Nestas unidades são adotados instrumentos como sistema eletrônico de presença de funcionários, impressos de notificação de ocorrências adversas, infecções, catéteres e lesões cutâneas, livros de ocorrência e registros de enfermagem, registro informatizado de gravidade dos pacientes e de sua dependência de cuidados e lançamento em sistema informatizado de tabulação de dados das atividades médico-assistencial realizadas no setor.

Estes meios permitem o gerenciamento da unidade quanto a gestão de pessoal, assistência e serviço por meio das informações, que são interpretados pelas coordenações e serviços parceiros como Setor de Controle de Infecção Hospitalar, Escritório da Qualidade, Setor de Recursos Humanos e Serviço de Educação Continuada. Assim, justificando a escolha adequada da organização hospitalar como *locus* do estudo.

4.3 População e Participantes da Pesquisa

A população alvo do estudo foram consideradas todas as enfermeiras das UTI adulto, incluindo as coordenadoras. A inclusão delas no estudo se fez por aceitação em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) estarem disponíveis em jornada de trabalho e não estarem afastadas de suas atribuições na organização por condições legais como maternidade, doença ou férias (entre outras) e que o momento disponibilizado não comprometesse suas obrigações profissionais.

Desta população, foi priorizado pelo pesquisador iniciar entrevistas pelas coordenadoras e, posteriormente com a adesão destas a pesquisa, fortalecer a idéia de colaboração com o estudo por parte das enfermeiras assistenciais. Isto foi vantajoso, pois permitiu ao plano de análise compreender informações sobre dois grupos com funções

diferentes, mas com o objetivo final único: o desenvolvimento de serviços que favorecem a recuperação do paciente. Deste modo foram constituídos dois grupos: um das enfermeiras coordenadoras e o outro pelas enfermeiras assistenciais da UTI. Assim, o total da população foi de 115 enfermeiras; esse total é constituído de 05 enfermeiras coordenadoras e 110 enfermeiras assistenciais.

Para o numero de informantes, não foi estipulado quantidade mínima ou total por UTI. O numero foi determinado aleatoriamente, a partir da repetição e fidelidade dos dados, atendendo as necessidades da pesquisa quantitativa, conforme Triviños (1987) e Trentini e Paim (1999) e Polit, Beck e Hungle (2004) e a suficiência das informações obtidas para pesquisa qualitativa, conforme Minayo (2010).

Assim, constituíram-se participantes da pesquisa, 23 informantes; sendo 04 enfermeiras coordenadoras e 19 enfermeiras assistências. Número que permitiu informações suficientes e fidedignas, a ponto de convencer o pesquisador sobre o não prejuízo que a incompatibilidade de tempo de uma das coordenadoras teve durante o período da pesquisa. Fato justificável ora por estar em reuniões, ora em capacitação gerencial, ora em atividade de seleção de pessoal.

Estas 23 informantes estavam distribuídas por unidades de Tratamento Intensivo na seguinte relação: UTI Clínica (uma coordenadora e quatro enfermeiras assistenciais), UTI Córdio-Vascular (uma coordenadora e quatro enfermeiras assistenciais), UTI Córdio-Clínica (uma coordenadora e quatro enfermeiras assistenciais), UTI Cirúrgica 1 (uma coordenadora e quatro enfermeiras assistenciais) e UTI Cirúrgica 2 (três enfermeiras assistenciais). Nesta última UTI foram três enfermeiras entrevistadas, pois nos momentos de visita para entrevista sempre foram as mesmas que estavam em serviço.

Para esse quantitativo foi considerada a necessidade de não afastamento das informantes das suas funções profissionais, aproveitando seu momento de disponibilidade a participar da pesquisa durante a jornada do plantão, sendo efetivada a pesquisa de campo *in lócus*.

Percebeu-se no estudo que todas as enfermeiras estavam inseridas num entusiasmo profissional, determinado pela liderança, pró-atividade, respeito aos aspectos ético-legais e manutenção da idéia de excelência do serviço prestado. Estes aspectos foram relevantes à profundidade interpretativa que agregou ao plano de análise deste estudo. Vale salientar que não houve resistência interpessoal ou de outra ordem qualquer para execução desta coleta de dados, como será apresentado a seguir.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Nesta pesquisa, utilizou-se como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) constituída de duas partes para descrição da linguagem das informantes. E como apoio, adotou-se o diário de campo no qual se registrou informações não verbais que permitiram inferências no momento da análise dos dados.

A entrevista semi-estruturada possibilitou extração de significados dos eventos/situações vividas. Sua característica estruturalista favoreceu reformulação dos questionamentos ampliando a consciência social em seu conjunto, e não somente em uma idéia simplista do fenômeno.

Para o estudo, o instrumento foi composto por duas partes.

A primeira parte é constituída de dados objetivos de caracterização dos participantes por meio dos dados sócio-demográficos, tais como: faixa etária, sexo, tempo de formação, tempo de serviço em UTI, tempo de utilização dos indicadores de qualidade e formação complementar.

Em segundo, questões subjetivas referentes à percepção das enfermeiras sobre os indicadores de qualidade no gerenciamento em Unidade de Tratamento Intensivo. Os questionamentos foram os seguintes: o que você entende como indicador de qualidade? Como você vê o controle de qualidade, no desenvolvimento das suas atividades profissionais nesta UTI? Fale sobre sua participação no controle de qualidade nesta UTI. Como é desenvolvida a aplicação do controle de qualidade na UTI que você atua? Fale da sua experiência na utilização dos indicadores de qualidade, no desenvolvimento de suas atividades, desde o início da sua atuação nesta UTI.

Neste momento, também era valorizado a linguagem não verbal registrado no diário de campo. Este demonstrou relevância quanto a ênfase atribuída a algum aspecto da resposta, entusiasmos ou inexpressividades sobre a temática e demonstração de instrumentos articulados com as respostas e que não eram captados na gravação das falas, permitida pelos entrevistados.

4.5 Coleta de Dados

4.5.1 Aspectos Éticos da Pesquisa

O desenvolvimento deste estudo foi por inteiro respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996).

O projeto da pesquisa contou com um responsável técnico vinculado a organização e atuante na área proposta para estudo. Após registro na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), encaminhamento de Carta ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) (APÊNDICE B), que após apreciação foi aprovado pelo CEP da organização escolhida como locus do estudo, conforme parecer (ANEXO A).

Por se tratar de pesquisa qualitativa, com coleta de dados em seres humanos, foram respeitadas todas as recomendações das normas e diretrizes da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Estas recomendações versam sobre a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Durante os esclarecimentos, foi expressa a garantia da confidencialidade assegurada às informações; o respeito ao posicionamento de retirar-se a qualquer momento do estudo, sem prejuízos de qualquer ordem; respeito aos aspectos bioéticos de beneficência e não maleficência, não havendo riscos ou danos decorrentes da pesquisa; garantido a igualdade entre os envolvidos; respeito a justiça e equidade; considerado a autnomias plena, respeitando a cultural, condição social, aspecto moral, religioso e ético de todos os informantes.

Também ficou explícito que os dados obtidos pela pesquisa serão exclusivamente utilizados para finalidade deste estudo e guardados por cinco anos. Após este prazo serão destruídos.

Assim, as informações foram identificadas por meio de enumeração conforme ordem de participação e a gravação das entrevistas, após anuidade das informantes e serão utilizadas confidencialmente.

Com este propósito, é importante conhecer os sujeitos da pesquisa e distinguir características do local de desenvolvimento da pesquisa para reconhecer as percepções sobre utilização de indicadores de qualidade na atividade gerencial de enfermagem em UTI.

4.5.2 Procedimento de Coleta de Dados

A pesquisa de campo foi iniciada após aprovação do CEP, da referida organização em estudo. Em conformidade com as sugestões de Minayo (2001), foi realizada aproximação inicial com os informantes para dirimir ansiedades e temores sobre o estudo.

Para tanto, o pesquisador se apresentou como mestrando regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por intermédio da responsável técnica pela pesquisa da organização hospitalar em estudo. Esta profissional é enfermeira intensivista e atua profissionalmente no campo de estudo desta pesquisa como coordenadoras de uma das UTI adulto. Estas características permitiram envolvimento positivo, pois se constituiu informante da pesquisa e permitiu interface satisfatória com as demais coordenadoras de enfermagem das UTI de pacientes adultos.

As visitas a organização hospitalar duraram três meses (julho a setembro de 2010) e, para favorecer a coleta dos dados, alternaram-se em turnos variados atendendo as necessidades quanto a execução de tarefas e disponibilidade voluntária dos sujeitos, bem como uniformidade de participação entre as UTI.

Priorizou-se iniciar o estudo entrevistando as enfermeiras coordenadoras, que demonstraram condição favorável ao desenvolvimento da pesquisa, uma vez que disponibilizaram o *lócus* do estudo para agendamento das entrevistas em turnos variados e independente dos horários padronizados de acesso da referida organização.

A manutenção das equipes de enfermeiras assistenciais informadas sobre a pesquisa se deu pela disponibilização da cópia do parecer com aprovação do estudo pelo CEP e apoio encontrado das coordenações.

Assim, a coleta de dados atingiu seu objetivo quanto aos critérios de inclusão das Unidades de Tratamento Intensivo de pacientes adulto e atingir o número de participantes desejado a proposta de estudo.

Então, a coleta de dados se procedeu em momentos alternados, respeitando os turnos de trabalho, devido períodos de maiores ou menores atividades desempenhadas pelos participantes e conseguir disponibilidade de ambiente reservado e tranquilo dentro do próprio local de trabalho. Conforme diretrizes que fundamentam a entrevista, houve o contato inicial com a explicação do estudo proposto, confidencialidade das respostas, aprovação do comitê de ética e anuência das informantes do serviço de enfermagem para gravação das entrevistas. Também foi esclarecido sobre importância da participação de cada informante e da sua colaboração, resultando em uma interlocução amistosa (MINAYO, 2001).

Inicialmente, durante a aproximação com as informantes foi efetivada a identificação das entrevistadas, seguida da escuta atenta, buscando uma relação de confiança, transparência e interação entre entrevistador e entrevistado.

Nos encontros, foram considerados todos os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) pela Portaria 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Considerou-se também a solicitada da anuência pela gerência de enfermagem para acessar o campo de estudo e o esclarecimento quanto à importância da participação dos informantes (BRASIL, 1996).

Conforme se procediam as entrevistas, as informações passavam por avaliação, considerando os aspectos registrados anteriormente e segundo o plano de análise. Para sua melhor compreensão, dar-se-á explicações sobre o tratamento analítico dos dados.

4.6 Tratamento e Análise dos Dados

Passado a etapa de coleta de dados, considerando Bogdan e Biklen (1994), o estudo se concentrou no tratamento e caracterização dos informantes, a partir da elaboração de um quadro com as variáveis referentes aos dados objetivos de identificação do perfil sócio-demográficos. Posteriormente, com os dados relativos aos conteúdos das entrevistas foi considerado o pensamento, bem fundamentado em correntes filosóficas das ciências sociais e no início das atividades de interpretação processual e apoiada na característica quantitativa e qualitativa do estudo (MINAYO, 2010; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para tanto, foi obedecido o Plano de Análise de conteúdo elaborado conforme sugestões de Vala (2001) e Bardin (2004) que é constituído de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos dados.

Conforme apresentação ilustrativa do plano de análise no Diagrama 01, houve três etapas de desenvolvimento da compreensão sobre o objeto de estudo. Inicialmente, a primeira etapa se constituiu da pré-análise para constituição do *corpus* do estudo, ou seja: reunião do conteúdo relativo ao tema estudado. Vala (2001) salienta que essa etapa não se conclui em seu único momento, ela segue em um contínuo estudo e busca de novas concepções sobre o objeto pesquisado.

A segunda etapa, exploração do material, se procedeu em leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas transcritas na íntegra, a aplicação da técnica de recortes e decomposição das unidades de contexto, relativos à percepção sobre indicadores de qualidade, que segundo Vala (2001) é o principal empenho do pesquisador sobre seus achados, pois permite associação entre as falas e a observação de diário de campo.

Ainda nessa etapa, as falas foram recortadas em unidades temáticas de informação, enumeradas, separadas pela semântica. Seu agrupamento em núcleos de significados permitiu organização em categorias e subcategorias correspondentes.

O tema, segundo Bardin (2004), é a unidade de significado que se apresenta naturalmente a partir de um texto analisado, segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.

Assim, mediante contexto léxico dos assuntos abordados, foi permitida construção de estruturas de análise por informação temática conseqüentes à sua codificação e enumeração (VALA, 2001).

Também foi efetivado o agrupamento das estruturas que possibilitaram a união das falas e mensuração da sua frequência, procedendo a respectiva organização quantitativa e qualitativa.

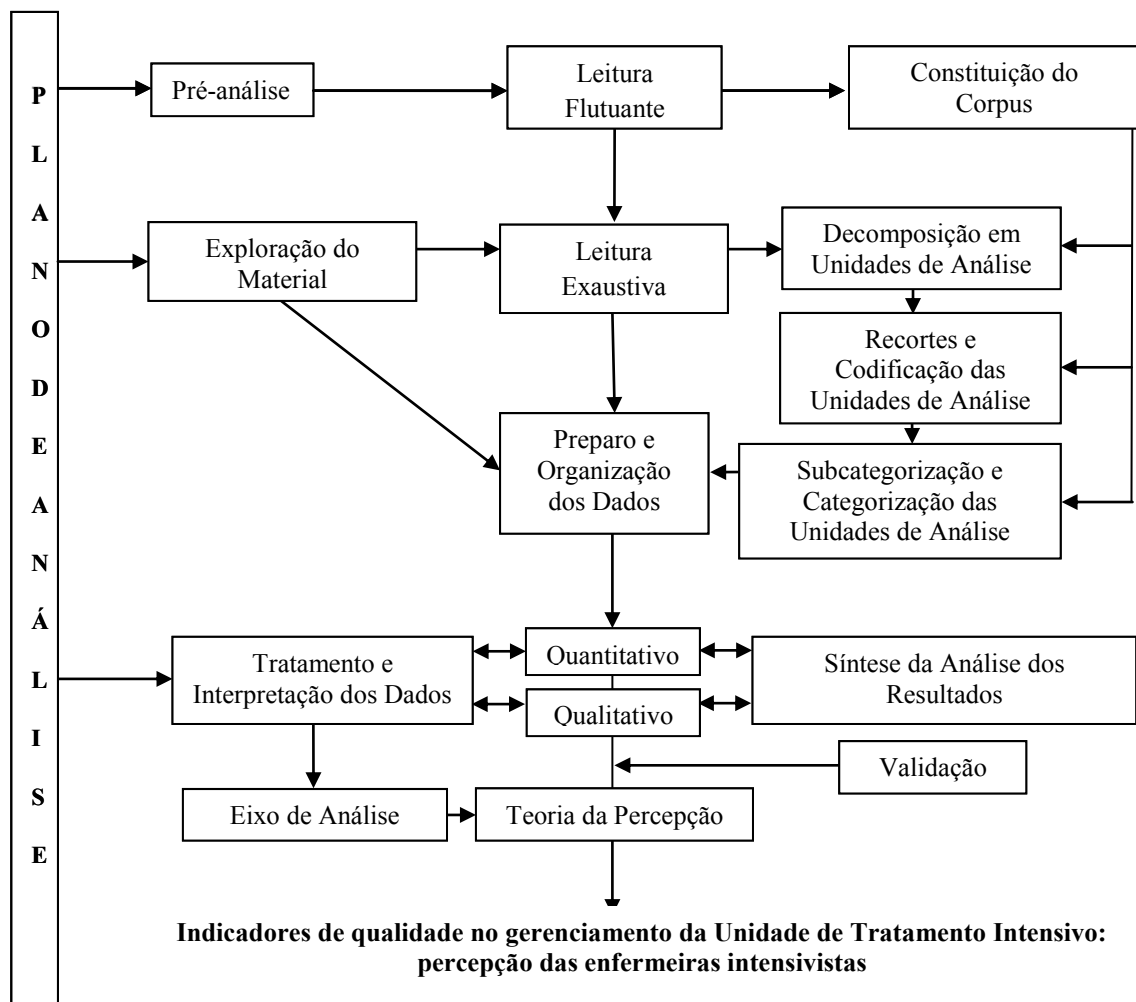


DIAGRAMA 01 – Síntese do plano de análise do estudo

A partir da preparação e organização dos dados, iniciou-se a **terceira etapa** de tratamento e interpretação dos dados. É a elaboração da síntese quantitativa e qualitativa da análise dos resultados. Estes foram validados por duas *experts* em análise de conteúdo. Para

tanto se adotou o eixo de análise na percepção das enfermeiras intensivistas sobre o uso dos indicadores de qualidade no gerenciamento da UTI.

Estes aspectos permitiram desenvolver a análise de conteúdo sobre o inferido e o enumerado, conforme técnica interpretativa que permitiu ultrapassar a descrição e sustentar idéias inferidas. Assim, segundo Austin (1993), permitiu eixo filosófico na percepção, compreensão da relação direta e indireta na ótica das informantes da pesquisa.

Tal compreensão permite a interpretação das perspectivas sociais e culturais que concretizam idéias, atitudes e seus significados (ECO, 2005; BARDIN, 2004).

Assim, seguir-se-á a apresentação e análise das quatro estruturas categóricas e suas respectivas subcategorias que constituem este objeto de estudo.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Desta maneira ia eu deduzindo das palavras, inseridas nas frases e ouvidas repetidamente, os objetos que significavam; e por meio delas comecei a dar a entender o que queria”.

(SANTO AGOSTINHO, 1985)

Este momento é destinado à apresentação e compreensão dos resultados obtidos através das 23 entrevistas. Seguindo as etapas do plano de análise proposto na metodologia, desenvolveram-se duas etapas: a exploração do material coletado e o tratamento e interpretação dos dados.

Fundamentado no *corpus* do estudo, etapa inicial que correspondeu à construção do referencial teórico, o conteúdo das entrevistas foi submetido ao tratamento de dados por estruturas temáticas conforme se apresentavam. Neste, a percepção foi adotada como eixo filosófico do estudo e teve embasamento nos conceitos de Mora (2001), Abbagnano (2007), Austin (1993) e Santaella (2001). A interpretação adotou fundamentos teóricos de Eco (2005) e a qualidade em serviços de saúde foi sustentada pela evolução histórica e princípios estruturantes que fundamentam os ensinamentos de Donabedian (1969; 1980; 1992).

Para tanto, realizou-se leitura exaustiva das informações para sua categorização e subcategorização dos dados, de modo a organizá-los para interpretação. Por focar a percepção das enfermeiras intensivistas sobre o uso dos indicadores de qualidade no gerenciamento da UTI, adotou-se a técnica de análise de conteúdo.

Segundo Bardin (2007) e Vala (2001), a análise de conteúdo busca o que está por trás das informações, tomando como objetivo a fala e os pontos individuais da linguagem. Como as informações coletadas pela entrevista semi-estruturada foi destinada exclusivamente à este estudo, foram dissociadas em unidades de análise temáticas com base nos objetivos e objeto da pesquisa. Assim, procederam as compreensões e inferências necessárias.

Depois de atribuído idéias centrais de interpretação, o estudo se constituiu estruturado em dois grupos de informantes: enfermeiras coordenadoras de UTI e enfermeiras assistenciais em UTI. Isto foi necessário, dada a complexidade das bases de pensamentos ora no princípio das ações, ora no exercício da ação, respectivamente (MORIN; MOIGNE, 2000).

Este modo de discorrer a análise de conteúdo constituiu, conforme Amado (2000), não somente como um estudo estrutural que busca evidencia do fenômeno. Permitiu também ser estudo diferencial e estatístico devido à variável dos grupos sociais.

Assim, as proposições com relação lógica ao objeto determinaram homogeneidade dos dados categoricamente, *a posteriori*. Tal similitude apresentou riqueza às categorias, pois segundo Foucault (1999), permite aproximação gradativa entre as idéias articuladas em subcategorias e aprofundando inferências progressivamente.

A superinterpretação proposta para este estudo é fundamentada em Eco (2005); ela correlaciona tentativas de compreensão por correntes crítico-científicas. Assim, os dados informados foram submetidos aos métodos quantitativo e qualitativo. Esta associação de métodos favoreceu o estudo, pois segundo Sarapioni (2000), é inevitável quantificar os achados qualitativos, bem como inferir análises sobre os achados quantitativos.

A partir desta associação, pôde-se observar o objeto de estudo pela semiótica do informante, dimensionar os fenômenos através do comportamento humano e perceber condições da realidade de modo processual e dinâmico, conforme contextualização apresentada a seguir.

5.1 Caracterização das Informantes do Estudo

A metodologia aplicada neste estudo exploratório e descritivo, se fez a partir de 23 entrevistas semi-estruturadas. Elas foram suficientes à saturação das informações; não sofreu prejuízos pela impossibilidade de participação de uma das enfermeiras coordenadoras e uma das assistenciais da UTI. Assim, através destas entrevistas houve condições de caracterizar os informantes e inferir sobre categorias de percepções das enfermeiras quanto ao uso dos indicadores de qualidade (IQ) no gerenciamento de enfermagem em UTI.

O Diagrama 01 permite saber sobre a caracterização das 23 informantes. Por meio dele, percebe-se que todas as entrevistadas são especializadas em enfermagem intensiva, sendo relatado que este é um critério de seleção de pessoal com capacidade técnica, pela organização. Para assumir a função de coordenação em unidades de produção de serviços de saúde na organização estudada, estimula-se a formação complementar em administração hospitalar. Esta capacitação se origina da iniciativa própria, mas a organização apóia em alguns casos ou promove capacitações com foco nesta habilidade profissional.

As quatro enfermeiras coordenadoras possuem faixa etária de população ativa, com associação positiva quanto ao tempo de atuação nesta função (média de 7 anos). Tal condição pode estar associada ao melhor discernimento frente às posturas ético-legais e tomadas de decisão junto à equipe da UTI.

É importante destacar a longa data de experiência de uso dos IQ (média de 12,5 anos) o que favoreceu aos achados informados sobre a percepção do uso deles no gerenciamento de enfermagem em UTI.

Quanto a caracterização das enfermeiras assistenciais, é observado maior existência de informantes com faixa etária menor que 30 anos. Todas são especializadas em enfermagem intensivista e têm boa relação entre tempo de formação (média de 5,7 anos), de atuação profissional em UTI (média de 4,5 anos) e de uso dos IQ (média de 4 anos), permitindo fornecimento de informações pertinentes sobre o objeto deste estudo, conforme suas percepções.

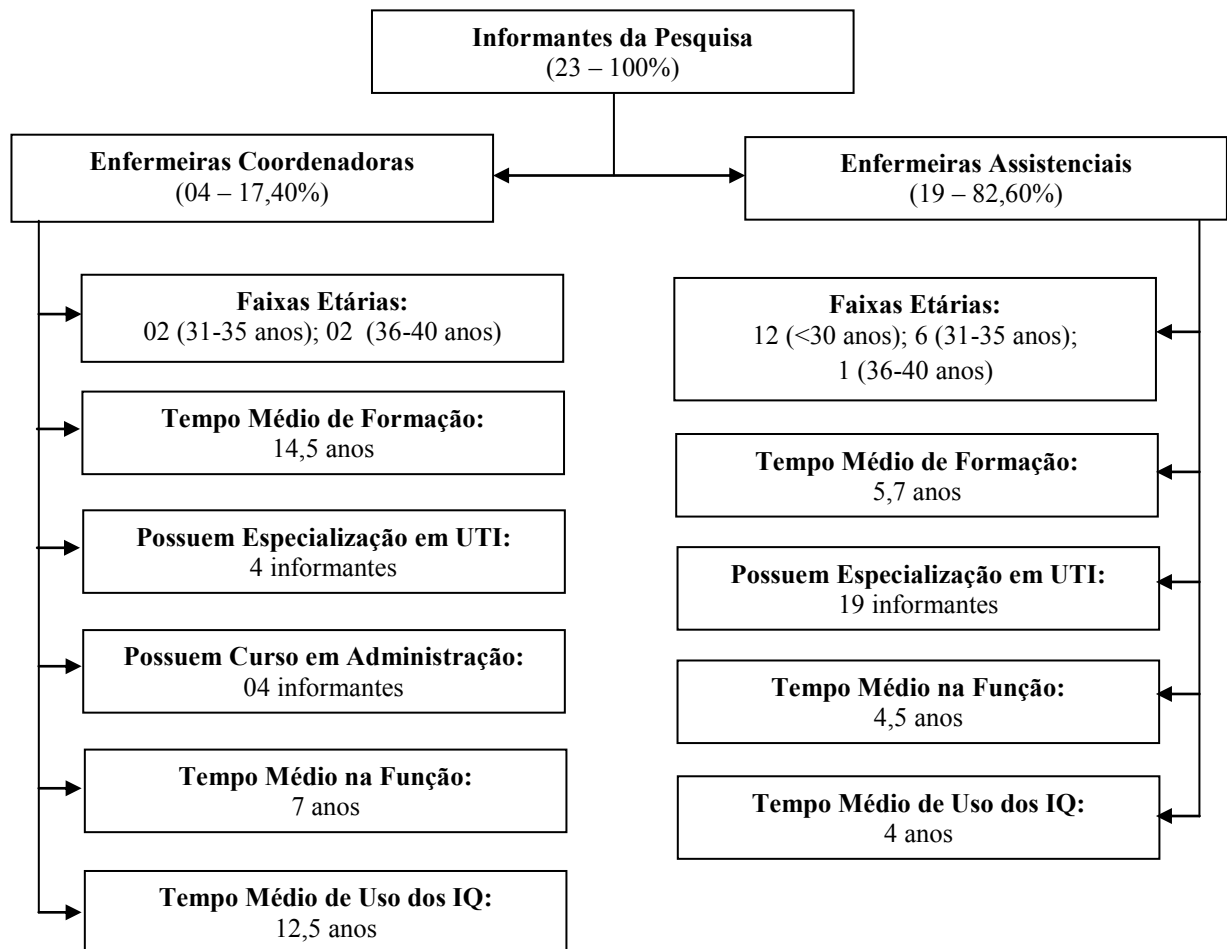


DIAGRAMA 02: Síntese da caracterização dos indivíduos da pesquisa por grupo de enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador 2010

Estas características levam a acreditar que o grau de exigência profissional da organização é elevado, permitindo inferir sobre a importância que o lócus do estudo atribui a qualidade dos seus serviços. Deste modo, cria situação favorável à avaliação dos seus serviços

por meio de informações pertinentes na contemporaneidade da gestão da qualidade em serviços de saúde.

5.2 Importância da Percepção das Enfermeiras Intensivistas sobre os Indicadores de Qualidade no Gerenciamento da UTI

As informações coletadas permitiram análise das unidades temáticas que constituíram quatro categorias sobre indicadores de qualidade no gerenciamento da UTI pelas enfermeiras coordenadoras e assistenciais, separadamente. Estas categorias são apresentadas na Tabela 01.

Por meio desta apresentação, observou-se que tanto enfermeiras coordenadoras quanto assistenciais expressam percepções sobre IQ no gerenciamento da UTI. Estas percepções foram categorizadas em Concepções de IQ, Requisitos Necessários à Utilização dos IQ, Valorização da Utilização dos IQ e Fatores Intervenientes à Utilização dos IQ.

TABELA 01: Distribuição das Unidades de Análise por Categorias sobre Indicadores de Qualidade no Gerenciamento da UTI, segundo enfermeiras coordenadoras e assistências da UTI, Salvador-Ba, 2010

CATEGORIA	ENFERMEIRAS COORDENADORAS		ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS	
	F	%	F	%
Concepções de Indicadores de Qualidade	68	39,30	86	27,30
Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade	43	24,85	171	54,29
Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade	32	18,50	16	5,08
Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade	30	17,35	42	13,33
TOTAL	173	100	315	100

Fonte: conteúdo das entrevistas semi-estruturadas da pesquisa.

Observando quantitativamente, as coordenadoras expressam a seguinte prioridade entre as categorias, de modo decrescente: Concepções (39,30%), Requisitos Necessários a Utilização (24,85%), Valorização da Utilização (18,50%) e, por fim, os Fatores Intervenientes (17,35%).

Enquanto que as enfermeiras assistenciais expressam a seguinte prioridade entre as categorias, de modo decrescente: Requisitos Necessários a Utilização (54,29%) com aproximadamente o dobro das unidades de análise em relação a Concepções (27,30%), em terceiro estão os Fatores Intervenientes (13,33%) e, por fim, a Valorização da Utilização (5,08%).

Estas inferências permitiram observar como as enfermeiras coordenadoras de UTI têm preocupação com o conhecimento acerca dos IQ, permitindo-as fundamentar ações sobre as ocorrências adversas dos processos da UTI (MORA, 2001).

Malik (2006) faz menção de que a concepção sobre indicadores de qualidade tem associação direta com a tomada de decisão, presença de critérios de julgamento e subjetividade às observações sobre o serviço.

Estes critérios são importantes à todos os envolvidos, mas é fundamental como qualidade do líder. Estes têm a responsabilidade de guiar manobras à melhoria nos serviços. (MOURA et al, 2009).

Sobre a maior relevância atribuída aos Requisitos Necessários à Utilização dos IQ pelas enfermeiras assistenciais, transparece ser salutar o foco do trabalho na obtenção dos resultados necessários para beneficiar o paciente. Deste modo, Bohomol (2006) cita como modo prático a melhoria dos padrões de qualidade o melhor custo-benefício, a implantação da política de qualidade total na organização, o adequado dimensionamento de pessoal e a capacitação dos funcionários.

A muito inferior relevância quanto a Valorização da Utilização dos IQ pelas enfermeiras assistenciais, traz ao entendimento o descuido em fortalecer a satisfação do funcionário sobre o seu trabalho no processo. Já é de conhecimento, segundo Donabedian (1969) que a evolução da qualidade em enfermagem depende diretamente da sua auto-estima. E conforme Rego (2007), a equipe de trabalho deve se auto-conhecer como participante na política de qualidade do serviço de saúde hospitalar.

Aprofundando esta interpretação, discutir-se-á sobre cada uma das categorias e suas subcategorias, conforme grupo de informantes nas suas óticas quantitativa (fundamentada a partir dos quadros 01 e 02) e qualitativa (mediante diagramas de síntese das categorias de análise).

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	COD.	FREQ. UNIDADES DE ANÁLISE			
			SUB-TOTAL		TOTAL	
			F	%	F	%
Categoria 1 – (CIQ) Concepção de Indicadores de Qualidade	Ferramenta <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação • Quantificação de intercorrências • Qualificação <ul style="list-style-type: none"> - Assistencial - Serviço <ul style="list-style-type: none"> - Positivo - Negativo • Viabilidade de utilização 	CIQ	68	39,30		
		CIQfer			68	39,30
		CIQfav			14	8,10
		CIQqui			02	1,15
		CIQqua			44	25,43
		CIQqas			16	9,25
		CIQqse			28	16,18
		CIQqsp			25	14,45
		CIQqsn			03	1,73
		CIQqut			08	4,62
Categoria 2 – (RNQ) Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade	Gerencia <ul style="list-style-type: none"> • Supervisão • Promoção da condição de serviço Profissional <ul style="list-style-type: none"> • Ético • Assistência • Registro de protocolo • Controle de infecção • Experiência de utilização • Conhecimento 	RNQ	43	24,85		
		RNQger			15	8,67
		RNQsup			02	1,15
		RNQpcs			13	7,52
		RNQpro			28	16,18
		RNQeti			03	1,73
		RNQass			01	0,58
		RNQrpr			10	5,78
		RNQinf			03	1,73
		RNQexu			05	2,89
RNQcon	06	3,47				
Categoria 3 – (VIQ) Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade	Controle da qualidade <ul style="list-style-type: none"> • Favorável • Desfavorável Pessoal <ul style="list-style-type: none"> • Positiva • Negativa 	VIQ	32	18,50		
		VIQcoq			13	7,52
		VIQfal			08	4,63
		VIQdes			05	2,89
		VIQpes			19	10,98
		VIQpep			18	10,40
VIQpen	01	0,58				
Categoria 4 – (FIQ) Fatores Intervinentes à Utilização dos Indicadores de Qualidade	Desfavoráveis <ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento negativo • Ausência de feedback • Subnotificação • Perfil do paciente Favoráveis <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação • Feedback positivo 	FIQ	30	17,35		
		FIQdes			19	10,98
		FIQren			01	0,58
		FIQafe			04	2,31
		FIQsub			10	5,78
		FIQppa			04	2,31
		FIQfac			11	6,37
		FIQcom			01	0,59
		FIQfep			10	5,78
TOTAL					173	100

QUADRO 01 – Categorias e subcategorias sobre Indicadores de Qualidade no gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo, segundo Enfermeiras Coordenadoras – Salvador, 2010

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	COD.	FREQ. UNIDADES DE ANÁLISE			
			SUB-TOTAL		TOTAL	
			F	%	F	%
Categoria 1 – (CIQ) Concepção de Indicadores de Qualidade	Ferramenta <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação • Quantificação de intercorrências • Qualificação <ul style="list-style-type: none"> - Assistencial - Serviço positivo • Viabilidade de utilização 	CIQ	86	27,30		
		CIQfer			84	27,30
		CIQfav			32	10,15
		CIQqui			06	1,90
		CIQqua			45	14,29
		CIQqas			36	11,43
		CIQqsp			09	2,86
		CIQvut			03	0,96
Categoria 2 – (AIQ) Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade	Gerencia <ul style="list-style-type: none"> • Supervisão • Promoção da condição de serviço Profissional <ul style="list-style-type: none"> • Ético • Assistência • Registro de protocolo • Controle de infecção • Experiência de utilização • Conhecimento 	RNQ	171	54,29		
		RNQger			41	13,01
		ENQsup			13	4,13
		RNQpcs			28	8,88
		RNQpro			130	41,28
		RNQeti			21	6,67
		RNQass			21	6,67
		RNQrpr			48	15,25
		RNQinf			15	4,76
		RNQexu			10	3,17
		RNQcon			15	4,76
Categoria 3 – (VIQ) Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade	Controle da qualidade <ul style="list-style-type: none"> • Favorável • Desfavorável Pessoal <ul style="list-style-type: none"> • Positiva • Negativa 	VIQ	16	5,08		
		VIQcoq			07	2,22
		VIQfal			05	1,59
		VIQdes			02	0,63
		VIQpes			09	2,86
		VIQpep			06	1,90
		VIQpen			03	0,96
Categoria 4 – (FIQ) Fatores Intervinentes à Utilização dos Indicadores de Qualidade	Desfavoráveis <ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento negativa • Ausência de feedback • Perfil do paciente Favoráveis <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação • Feedback positivo 	FIQ	42	13,33		
		FIQdes			28	8,89
		FIQren			11	3,49
		FIQafe			12	3,81
		FIQppa			05	1,59
		FIQfac			14	4,44
		FIQcom			13	4,13
		FIQfep			01	0,31
Total					315	100

QUADRO 02 – Categorias e Subcategorias sobre Indicadores de Qualidade no gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo, segundo Enfermeiras Assistenciais da UTI Salvador, 2010

5.2.1 Categoria 01 – Concepções de Indicadores de Qualidade

A primeira categoria a ser discutida é sobre a Concepção de Indicadores de Qualidade (CIQ), já identificada como a principal pelas enfermeiras coordenadoras e como a segunda principal para as enfermeiras assistenciais, de modo quantitativo.

Esta categoria, como pode ser observada na Tabela 02, constituiu-se de seis subcategorias, a saber: Ferramenta de Avaliação, Ferramenta de Qualificação de Intercorrências, Ferramenta de Qualificação Assistencial, Ferramenta de Qualificação Positiva do Serviço, Ferramenta de Qualificação Negativa do Serviço e Ferramenta de Viabilidade para Utilização.

Esta tabela foi construída considerando as unidades de análise de cada grupo de informantes como total, de forma que as 68 unidades referentes à CIQ pelas enfermeiras coordenadoras representaram 100%; e as 86 unidades provenientes das enfermeiras assistenciais também representaram 100%, separadamente. Esta sua característica a torna com dupla entrada: a primeira mediante tabulação numérica das informações das enfermeiras coordenadoras e a segunda mediante tabulação numérica das informações das enfermeiras assistenciais.

Assim, foi possível inferir comparativamente sobre grau de importância atribuído a cada subcategoria e conflitar entre os grupos de informantes.

A idéia constituída sobre ferramentas de melhoria da qualidade dos serviços de saúde constitui a primeira lição, de dez, que Berwick, Godfrey e Roessner (1994) sinalizam para a compreensão dos indicadores de qualidade à melhoria contínua. Neste estudo, conforme distribuições quantitativas das unidades temáticas dos grupos de enfermeiras coordenadoras e enfermeiras assistenciais, pôde-se tecer alguns comentários acerca desta lição.

Para os dois grupos de informantes, as CIQ se associaram a idéia de ferramenta e conforme Kluck et al (2008), esses indicadores servem realmente como instrumentos de apoio administrativo no hospital moderno. Eles dão capacidade de vigilância da qualidade assistencial e condição de identificar aspectos à melhoria. Conhecer-los é imperativo a sua aplicação adequada no complexo tipo de serviço de saúde.

Gastal (2006) fortalece tal necessidade de compreensão sobre os indicadores dado seu campo de atuação. Assim, a UTI como *locus* do estudo, também exige dos seus líderes a fundamentação epidemiológica, estatística, administrativa e de qualidade total.

De tal maneira, seguir-se-á sobre a compreensão das enfermeiras coordenadoras e assistências da UTI.

TABELA 02: Distribuição das Unidades de Análise da Categoria Concepções dos Indicadores de Qualidade por Subcategorias, segundo enfermeiras coordenadoras e assistências da UTI, Salvador-Ba, 2010

SUBCATEGORIA	ENFERMEIRAS COORDENADORAS		ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS	
	F	%	F	%
Ferramenta de Avaliação	14	20,60	32	37,20
Ferramenta de Qualificação de Intercorrências	02	2,94	06	6,98
Ferramenta de Qualificação Assistencial	16	23,53	36	41,86
Ferramenta de Qualificação Positiva do Serviço	25	36,76	09	10,47
Ferramenta de Qualificação Negativa do Serviço	03	4,41	-	-
Ferramenta de Viabilidade para Utilização	08	11,76	03	3,49
TOTAL	68	100	86	100

Fonte: conteúdo das entrevistas semi-estruturadas da pesquisa.

Para o grupo das enfermeiras coordenadoras, a CIQ como ferramenta tem a seguinte ordem percentual decrescente de consideração: Ferramenta de Qualificação Positiva do Serviço (36,76%), Ferramenta de Qualificação Assistencial (23,53%), Ferramenta de Avaliação (20,60%), Ferramenta de Viabilidade para Utilização (11,76%), Ferramenta de Qualificação Negativa do Serviço (4,21%) e Ferramenta de Qualificação de Intercorrências (2,94%).

Ao grupo constituído pelas enfermeiras assistenciais, a CIQ teve a seguinte ordem percentual decrescente: Ferramenta de Qualificação Assistencial (41,86%), Ferramenta de Avaliação (37,20%), Ferramenta de Qualificação Positiva do Serviço (10,47%), Ferramenta de Qualificação de Intercorrências (6,98%) e Ferramenta de Viabilidade para Utilização (3,49%).

O entendimento das unidades de análise das enfermeiras coordenadoras, são sintetizados e exemplificados no Diagrama 03. Por ele, a compreensão qualitativa fortaleceu o estudo, pois identificou considerações relevantes que não foram exploradas do ponto de vista quantitativo.

Percebe-se que as coordenadoras concebem os IQ com maior importância como ferramenta de qualificação e, dentre estas, a qualificação positiva do serviço e a qualificação assistencial; situação que demonstra a maior preocupação com o sucesso final do serviço.

Berwick, Godfrey e Roessner (1994) já consideravam que, apesar de não existir organização perfeita, a combinação de pensamento estatístico, empenho na satisfação do usuário, aperfeiçoamento contínuo e, principalmente, clareza de objetivo a alcançar, tornavam os produtos e serviços em melhoria contínua.

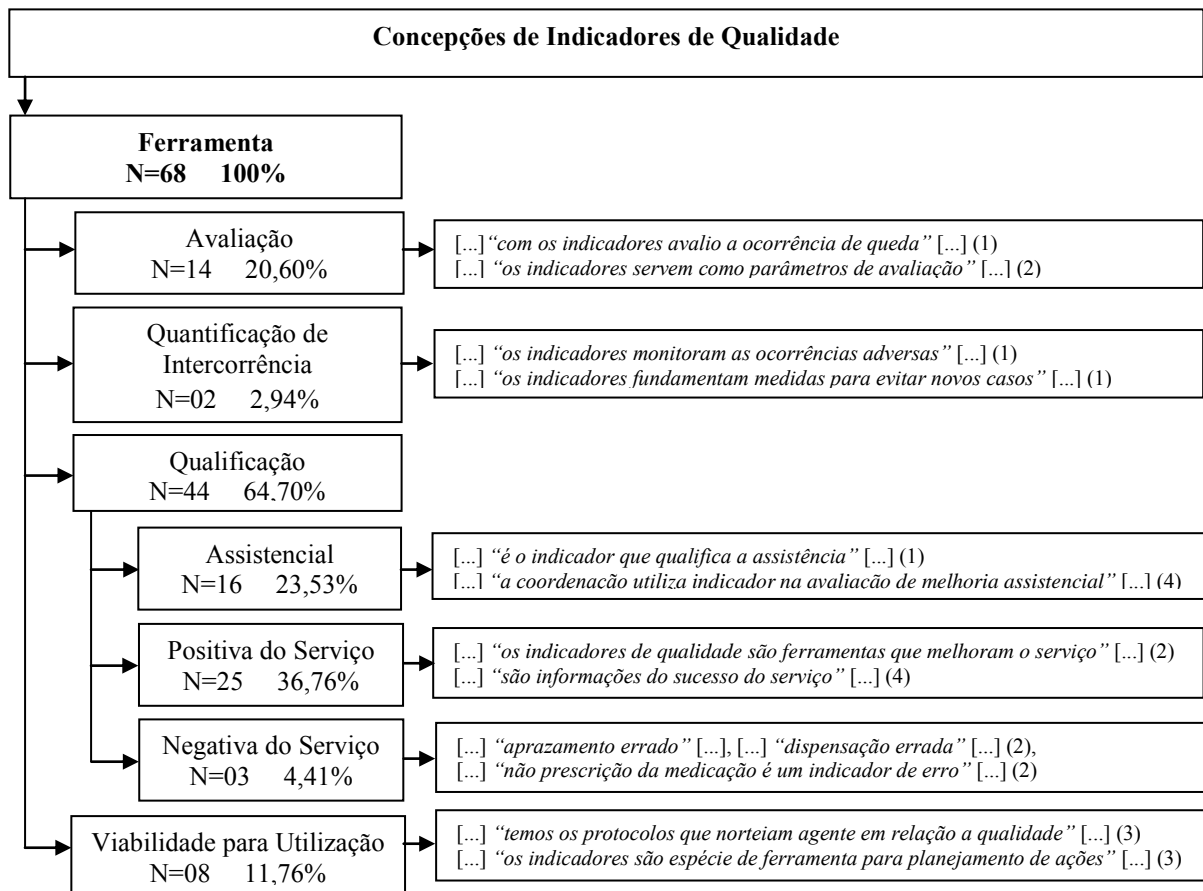


DIAGRAMA 03: Síntese da análise da categoria Concepções de Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras de UTI, Salvador-Ba, 2010

Isso para o hospital significa garantir a qualidade, pois previne suas próprias falhas estudando sobre os problemas a partir do ambiente em que ele ocorre (MOURA; TYRREL, 2003). Tal como a subcategoria que compreende os IQ como ferramenta de qualificação positiva do serviço evidencia aspectos associados à melhoria contínua, como pode ser exemplificado abaixo:

[...] observo melhora da unidade com a implantação da qualidade [...]; [...] o hospital tem melhorado com a implantação da qualidade [...] (01); [...] os indicadores de qualidade são ferramentas que melhoram o padrão do

serviço [...]; [...] os indicadores de qualidade são ferramentas que melhoram os nossos pontos fracos [...] (2); [...] o indicador permite a melhoria contínua do serviço [...] (3)

A melhoria contínua é permitida na Gestão da Qualidade conforme a Trilogia de Juran que, conforme Feldman (2004) é estruturada na melhoria, no planejamento e no controle da qualidade.

Neste último, prevendo a avaliação do nível de desempenho atual da equipe e comparando seus resultados estipulados e obtidos, há possibilidade de minimizar diferenças entre o desempenho obtido e o previsto. Na busca desta conformidade, as coordenadoras checam o desenvolvimento dos serviços prestados pela equipe, para direcionar implementações de normas e rotinas com vistas à otimização do gerenciamento de pessoal e oferta de padrões de excelência do serviço, conforme se evidencia abaixo:

[...] os indicadores são utilizados para verificação das coordenadoras [...]; [...] com os indicadores avalio os protocolos da instituição [...] (1); [...] os indicadores identificam as atividades realizadas [...]; [...] são utilizados em função do serviço [...]; [...] numero de pessoal [...]; [...] numero de pacientes [...]; [...] numero de leitos [...]; [...] taxa de absenteísmo são indicadores estruturais [...]; [...] os indicadores são padronizados em todas as UTI [...]; [...] são ferramentas importantes para conhecer o perfil da unidade [...] (2); [...] estão em conformidade com os parâmetros padronizados [...]; [...] temos indicadores administrativos [...] (3); [...] são informações que expressam as necessidades do serviço [...]; [...] sinalizam sobre expectativas para o serviço [...]; [...] sobre os resultados financeiros [...]; [...] podemos comparar os indicadores dos serviço [...]; [...] dos períodos de trabalho [...]; [...] das mudanças de rotinas [...] (4);

Deste modo, os indicadores permitem monitorização da qualidade por meio da eficiência e efetividade do serviço prestado. Tronchin et al (2009) salientam esta característica, dada sua possibilidade de supervisionar os problemas dos processos assistenciais desenvolvidos; bem como inferência quanto aos fatores determinantes e condicionantes ao bom funcionamento do serviço.

Assim, os IQ são compreendidos como ferramentas para qualificação assistencial ou de avaliação (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006).

Fato que neste estudo, não apresentou diferença significativa do ponto de vista quantitativo. Condição semelhante à óptica qualitativa, pois existe cumplicidade interpretativa nas unidades temáticas destas duas subcategorias, como pode ser percebido abaixo, respectivamente:

[...] são os indicadores que monitoram anomalias [...]; [...] a utilização dos indicadores melhoram a qualidade da assistência [...]; [...] são positivos, pois refletem a assistência [...] (1); [...] sinalizam sobre a assistência prestada pela equipe [...] (4); [...] ulcera de pressão é indicador de qualidade assistencial [...] (2)

[...] com os indicadores avalio a ocorrência de úlceras de pressão [...]; [...]a ocorrência de perda de acesso [...]; [...] os indicadores são avaliados pelos coordenadores de enfermagem [...] (1); [...] controle da qualidade é

fundamental, pois conhecemos as iatrogenias [...]; [...] pois notificamos as iatrogenias [...]; [...] os indicadores servem como parâmetros de avaliação [...] (2)

Isto acontece, talvez porque o desempenho processual do serviço, com vistas ao sucesso final da assistência proposta, demonstra que a preocupação avaliativa sobre a qualidade em serviços de saúde permeia a práxis dos líderes (BERWICK; GODFREY; ROESSNER, 1994)

Isto justifica a proximidade estatística entre a compreensão de ferramenta da qualificação assistencial (23,53%) e de avaliação (20,60%).

Entendendo que a coordenação de enfermagem atua liderando equipes ao bom desempenho, Duarte e Ferreira (2008) salientam sobre a importância dos indicadores como fatores de análise dos processos e resultados. Estes sendo compreendidos como grau de organização e funcionamento dos setores interdependentes e seus efeitos sobre os sujeitos que oferece e os que se submetem aos cuidados de enfermagem (LUEDY, 2004).

E tão logo, permite-se compreender os fundamentos teóricos e práticos da gestão da qualidade em serviços de saúde hospitalares, segundo Rego (2007).

Assim, este grupo de enfermeiras coordenadoras se beneficia da compreensão dos IQ como ferramenta de avaliação, permitindo observação de causas e efeitos das ocorrências adversas ou iatrogênicas. Tronchin et al (2009) percebem isto como reconhecimento do padrão de serviço de saúde exigido pela organização e clientela. Deste modo, permite a coordenação atuar prevenindo novos episódios iatrogênicos e, conseqüentemente, melhorando o padrão da qualidade do serviço oferecido. Esta é a atitude que explica as vantagens da avaliação prospectiva e sentinela.

O entendimento sobre os indicadores prospectivos e sentinela perpassa pelas compreensões quanto às características fundamentais, atributos necessários e informação associada que o indicador agrega. As características fundamentais são associadas à fácil disponibilidade, confiabilidade e validade dos dados sobre o fenômeno. Os atributos necessários aos indicadores condizem à sensibilidade, especificidade, simplicidade, objetividade e baixo custo. E quanto a informação, pode vincular-se ao meio externo ou interno que determina sua apresentação (GASTAL, 2006; KLUCK et al, 2008; BITTAR, 2008).

Assim, falar do tipo de indicadores prospectivo ou sentinela em serviços de saúde hospitalar, especificamente da UTI, corresponde dizer sobre gravidade de situações de

doenças, prognósticos de sobrevivência e/ou mortalidade, estadiamento de morbidade e riscos de eventos complicadores (BORGES; ROSINI; MALACHIA, 2008).

Sobre este último, Oliveira et al (2008) correlacionam diretamente a competência da enfermagem. Trata-se dos aspectos inerentes a segurança do paciente, mediada pela assistência e gerência do serviço de alta complexidade e tem grande correlação com os critérios de acreditação da qualidade. Assim, o gerenciamento de riscos é determinante na construção e implementação dos IQ (MOURA et al, 2009).

De tal maneira, que os órgãos certificadores e outros envolvidos com os requisitos necessários à acreditação, salientam os seguintes critérios relevantes a qualidade: identificação correta dos pacientes, diminuição do risco de infecção hospitalar e quedas, eliminação de realização de procedimentos e medicação errados e melhorar a eficácia da comunicação.

Nesta concepção, Rea-Neto (2010) discorre que a cultura de segurança na política de qualidade da organização acontece mediante prevenção e avaliação retrospectiva das ocorrências adversas, empenho na capacitação de pessoal e sistema de comunicação efetiva entre todos da equipe. Assim, a Tecnologia de Informação em Saúde (TIS) colabora no processo da qualidade, favorecendo o desenvolvimento do serviço, uma vez que apresenta as condições deste à equipe. Conforme compreende Leitão (2010) de que diante dos desafios de alinhar controle de processos, segurança do paciente, qualidade de atendimento e ainda estratégias de redução de custos, os hospitais precisam da tecnologia de informação para vencer.

A percepção de que a TIS permite avaliação gerencial, associada à qualidade assistencial por atentar-se aos fatos indesejados que acontecem na UTI, é transparecida pelas enfermeiras coordenadoras nas unidades temáticas abaixo:

[...] conhecemos o desempenho da UTI pelos indicadores [...]; [...] a gerencia de enfermagem acompanha todos os indicadores no seu gerenciamento [...] (3); [...] a coordenação utiliza os indicadores para verificar resultados [...]; [...] para avaliar melhorias do serviço [...] (4)

Deste modo, compreende-se a existência da concepção de que os indicadores têm viabilidade à utilização no gerenciamento da UTI, por manter todos os envolvidos em sintonia as metas estabelecidas (SANCHES, 2010).

Apesar de ter menor expressividade estatística, tal como aconteceu com as concepções de qualificação negativa do serviço e como qualificação de intercorrencias, as informações foram muito relevantes a luz da interpretação qualitativa.

A viabilidade para utilização pode ser percebida por eles constituírem instrumento gerencial fundamental ao planejamento da UTI, permitindo alcance do nível de qualidade desejado, de modo que aperfeiçoa a equipe cotidianamente, como se observa nas seguintes unidades temáticas:

[...] norteiam agente em relação aos treinamentos [...]; [...] são uteis para treinar novos funcionários admitidos [...]; [...] servem para fazermos reciclagens na unidade [...]; [...] os indicadores são espécie de ferramenta para planejamento de ações [...] (3); [...] são ferramentas viáveis de utilização [...]; [...] são ferramentas positivas [...] (2)

Conforme estudos dissertativos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, a gestão da qualidade se desenvolveu no terceiro setor, inicialmente valorizando os aspectos negativos e por iniciativa dos usuários que não tinham direitos acerca dos defeitos dos produtos adquiridos (FERNANDES, 2002; LUEDY, 2004; CERQUEIRA, 2005; BARROS, 2005).

Embora em evolução, a GQT nos serviços de saúde ainda expressa à condição pejorativa de identificar falhas nos seus serviços. Subentende-se que o gerenciamento de qualidade é fundamentado em não conformidades e iatrogenias e isto distorce a implementação da política de melhoria da qualidade (REGO, 2007).

Deste modo, é menos desconfortável observar a pouca quantidade de unidade temática associada à qualificação negativa do serviço. Estas unidades expressam problemas como erro de medicação e aprazamento de prescrição e são amenizadas conforme aplicação da TIS no controle da qualidade, conforme expressam abaixo:

[...] o indicador eletrônico é um meio que minimiza o erro de medicação [...]; [...] a tecnologia ajuda a intervir na melhoria dos indicadores [...] (2)

Segundo Sanches (2010), um exemplo de TIS é o prontuário eletrônico. Por meio dele os gestores podem focar avaliação na condição assistencial e na notificação de dados clínicos, de carga de trabalho ou perfil dos pacientes internados. O avanço da TIS é tão amplo ao controle das ocorrências adversas, que permite citar também a dispensação eletrônica codificada de medicações que só é permitida mediante prescrição eletrônica em software protegido.

Estas duas situações fundamentam a tendência do gerenciamento da qualidade por meio de informações clínicas rastreáveis em um sistema eletrônico, permitindo outra concepção: a vigilância por meio dos IQ. Sua compreensão como ferramentas de qualificação de intercorrências, perpassa pela avaliação que o tipo de indicador, com efeito, sentinela.

Sanches (2010) os considera como revolução gerencial tática para a intervenção eficiente e efetiva das enfermeiras coordenadoras, minimizando assim, erros e custos extras, percebidos em avaliações futuras do serviço.

O grupo constituído pelas enfermeiras assistenciais, como já foi apresentado, também atribuíram grande expressividade percentual a CIQ como ferramenta de qualificação assistencial e de avaliação com 41,86% e 37,20%, respectivamente.

Em condição especial, observa-se a desproporção destes com as outras subcategorias, conforme foram apresentadas na tabela 02 e exemplificadas a seguir: como ferramenta de qualificação do serviço (10,47%), ferramenta de qualificação de intercorrências (6,98%) e ferramenta de viabilidade de utilização (3,49%).

Conforme a inusitada situação das enfermeiras assistenciais não citarem unidades temáticas quanto a qualificação negativa do serviço, Rêgo (2007) compreende que existem vários aspectos de complexidade da GQT em serviços de saúde.

Eles são: ambiente estressante, usuários dependentes de decisões de terceiros, diferenças de filosofias dos parceiros da organização, hospital como intermediário da relação paciente-convênio, equipe multidisciplinar e com competências fragmentadas, entre outros. Desta equipe, em destaque neste estudo a enfermeira que é a responsável pela notificação das não conformidades. Mas também é a responsável pela supervisão e prestação dos cuidados. Fato que inclui nova complexidade da GQT no serviço de saúde: a coincidente situação da mesma pessoa ser responsável por notificar as não-conformidades do serviço e prestar cuidados assistenciais e gerenciais do referido serviço. Isto é visto como aspecto de complexidade, pois possibilita atitudes de autodefesa, como a subnotificação das informações negativas correspondente a si própria.

A subnotificação torna esta via, uma ação falha em fornecimento de informações com atributos satisfatórios a geração de indicadores, exigindo maior empenho por parte das enfermeiras coordenadoras em estar próximas aos meios de registro e atividades assistenciais, conforme preocupações de Wachter (2010) sobre as ações que visam minimizar os erros dos serviços hospitalares.

Iniciando a análise qualitativa por este aspecto, pode-se compreender que a não informação das enfermeiras assistenciais sobre os IQ como qualificação negativa do serviço tem associação com o fator curioso sobre a notificação das ocorrências adversas na UTI.

Esta lógica é fortalecida por um fato: a principal subcategoria atribuída por este grupo é a compreensão dos IQ como ferramenta de qualificação assistencial.

O Diagrama 04 permite entender as idéias que as enfermeiras assistenciais têm sobre a CIQ, conforme subcategorias a serem discutidas a seguir. Elas podem estar associadas a auto-imagem que as enfermeiras assistenciais têm. Para isto, merece compreender que a situação de imagem perpassa pela lógica e filosofia dos sentimentos. Eles podem ser mediante sucesso dos resultados obtidos, fixação em perceber somente aspectos positivos das ações implementadas e distorções propositalis ou de imagem objetivo que se deseja (AUSTIN, 1993; SANTAELA, 2001).

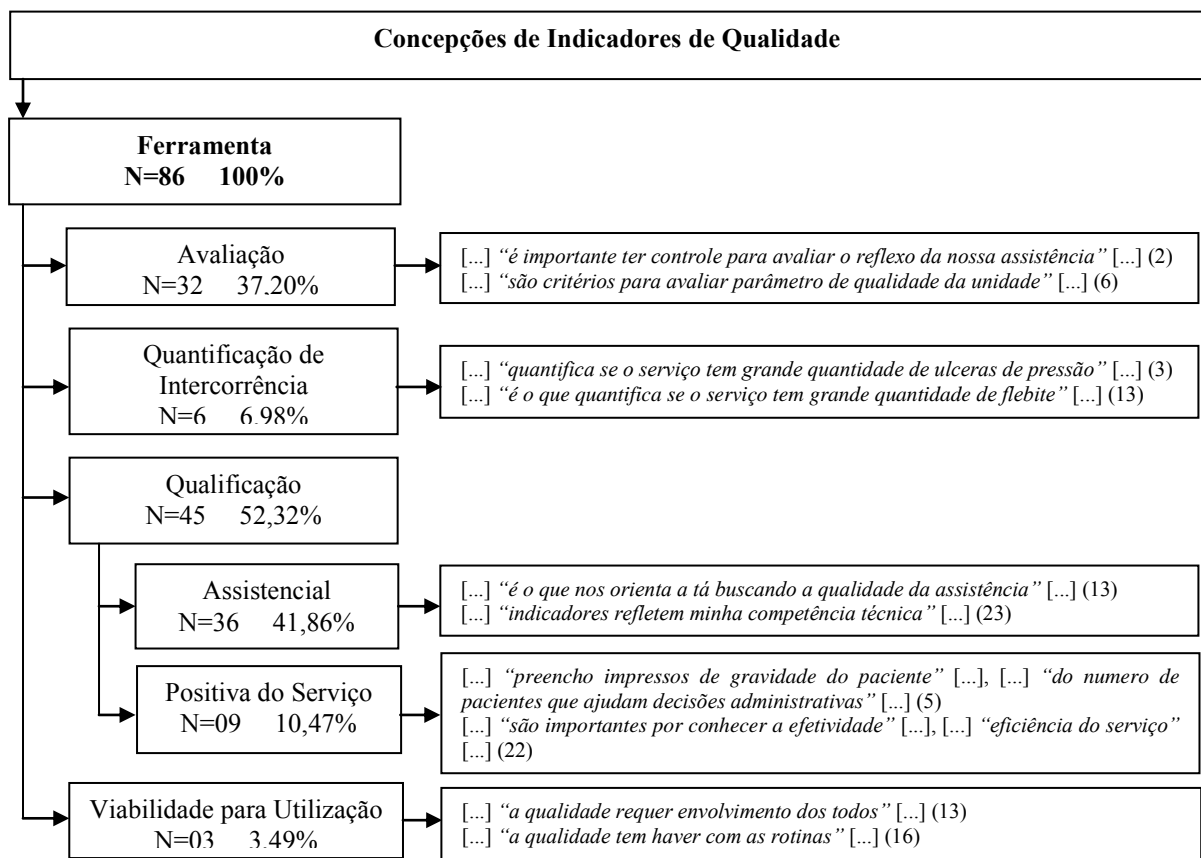


DIAGRAMA 04: Síntese da análise da categoria Concepções de Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras assistenciais de UTI, Salvador-Ba, 2010

Servo (2001), compreendendo que a construção do conhecimento é permitida através de reflexos sobre a realidade experimentada, reconhece que o exercício do pensar, agir e sentir da enfermeira traduz sua cultura. Assim, acreditou-se que a auto-avaliação das enfermeiras assistenciais, permitida com a reflexão e ação de responder as questões semi-estruturadas deste estudo, transparecem suas concepções sobre indicadores de qualidade. Estas são apresentadas no Diagrama.

Os IQ permitem a qualificação assistencial por visualização real da situação existente do serviço pelos próprios indivíduos envolvidos. Deste modo, as enfermeiras assistenciais observam como a excelência do serviço favorece a imagem da assistência idealizada, conforme as unidades temáticas abaixo:

[...] os indicadores são expressões da qualidade da assistência [...] [...] quando agente registra, começamos a despertar sobre o perfil de assistência que prestamos [...] (1); [...] permitem melhoria da assistência [...] (3); [...] são dados para saber coerência de assistência boa ou ruim [...] (6); [...] são parâmetros que permitem dar melhor assistência [...] (10); [...] os números de infecções quantificam a qualidade da assistência [...] (11); [...] ajuda agente a mudar o padrão de diluição de medicações [...] [...] utilizamos estratégias assistenciais para melhorar o serviço [...] [...] tentamos melhorar os dados na prática [...] [...] avaliamos as rotinas para melhorar o serviço [...] (13); [...] indicador é fator que indica nível assistência prestada [...] (18); [...] são parâmetros que verificam a assistência prestada ao paciente [...] (19); [...] os indicadores permitem verificar a prática da assistência [...] (20); [...] são importantes por conhecer a eficácia da assistência [...] (22)

Conforme possibilidade de compreensão do serviço por meio das unidades de análise acima. Elas estão associadas à estrutura, ao processo e aos resultados da qualidade do serviço de saúde hospitalar mencionado. Esta tríade da qualidade constituída por Avedis Donabedian permite associar a questão da qualidade aos recursos físicos e materiais disponíveis na organização, as atividades desenvolvidas pelas equipes e a consequência obtida pelo serviço prestado (FELDMAN, 2004).

Sobre os pilares da qualidade (equidade, legitimidade, aceitabilidade, otimização, eficiência, efetividade e eficácia), percebe-se grande preocupação das enfermeiras assistenciais quanto a efetividade e eficácia. Isto devido a busca de melhoria das condições de saúde na prática profissional cotidiana e tentativa em ter a melhor condição favorável do serviço prestado ao paciente, respectivamente (BITTAR, 2008).

Conforme os meios e resultados obtidos, as enfermeiras assistenciais compreendem que os IQ permitem qualificação do serviço pelos tipos de análise que se faz nele, conforme informam abaixo:

[...] é interessante porque nos desperta ao interesse de observar como a unidade está mais invasiva [...] (11); [...] identifica os problemas do serviço por meio da assistência ao paciente [...] [...] demonstram a situação da assistência prestada [...] [...] como os impressos do NAS são dados essenciais a assistência [...] [...] ao controle de cateter [...] (5); [...] são parâmetros que permitem dar segurança ao profissional [...] (10); [...] influenciam diretamente na assistência [...] [...] os números de lesões quantificam a assistência [...] (11); [...] temos dados qualitativos sobre ulcera de pressão [...] [...] acompanhamos a prestação da assistência para perceber influências nos indicadores [...] (13); [...] se referem ao nosso trabalho [...] (16); [...] corresponde as consequências da minha assistência [...] [...] são importantes par qualificar a assistência [...] [...] pelo indicador dá pra perceber a consequência do processo do cuidado [...] (18); [...] são pertinentes para não termos assistência fragmentada [...] (20) [...] compreendo que são índices de representação da análise aspectos assistenciais [...] [...] refletem negligências assistenciais como lavagem das mãos [...] [...] como informar sobre lesões [...] [...] como pontuar gravidade do paciente [...] (21)

Deste modo, possibilidade de avaliar a qualidade quanto aos aspectos da lucratividade, posição em relação aos clientes, processos internos e aprendizado/crescimento, as enfermeiras assistenciais salientam os processos internos. Ele que exige inovação de técnicas assistenciais, desenvolvimento de atividades setoriais interdependentes e atendimento as necessidades dos clientes. Condição que fortalece a melhoria das normas e rotinas do serviço de terapia intensiva e tem seu padrão de qualidade construído por todos os envolvidos (MEZOMO, 2001; DUARTE; FERREIRA, 2008). E assim, permitir entendimento sobre avaliação da qualidade nos processos e serviço da saúde.

Os processos e serviços em saúde constituem trabalho contínuo dos profissionais desta área de atuação, que segundo Servo (1999), sustenta modelos de assistência a condição de saúde-doença da população. Felli e Peduzzi (2005) entendem este trabalho como prática social articula com a educação, necessidades humanas e produção de bens e serviços; permitindo um processo de interação de três elementos: o objeto do trabalho, os meios e instrumentos do trabalho e a atividade propriamente dita. De tal maneira, a compreensão das enfermeiras sobre os IQ como ferramenta de avaliação do seu trabalho assistencial, continua mencionando a relevância dos IQ para eficácia e efetividade do processo (cuidado prestado) e serviço (resultado alcançado).

Assim, permite construção de uma imagem objetivo que direciona a uma prática de excelência ética e técnico-científica. Deste modo, a avaliação de qualidade é compreendida nos seguintes aspectos do processo: competência assistencial, exercício do trabalho e padronização das rotinas, como segue.

Sobre as dimensões do processo assistencial:

[...] observar é um forma de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem [...]; [...] corrigindo ações que a melhore [...] (11); [...] é importante por avaliar se estamos prejudicando a assistência [...]; [...] são dados que servem para avaliar a assistência como um todo [...] (12); [...] são dados que demonstram a qualidade da assistência [...] (14); [...] são critérios para avaliar a assistência prestada [...] (6); [...] são formas de avaliação da assistência prestada [...] (11); [...] respeito a padronizações de rotinas assistenciais [...]; [...] são instrumentos que verificam aspectos positivos e negativos da assistência [...] (20); [...] podem ser sobre infecção, lesão da pele, qualidade da assistência [...] (21)

Sobre a compreensão do trabalho:

[...] é importante por permitir avaliação do trabalho [...] (12); [...] e avaliação do serviço [...]; [...] é tudo que se pode avaliar do serviço [...] (13); [...] são instrumentos que servem para avaliação do serviço [...] (8); [...] observo o desenvolvimento do serviço [...] (9); [...] analiso itens de carga de trabalho que o paciente exige [...] (19); [...] os indicadores permitem verificar a efetividade do serviço [...]; [...] os indicadores permitem verificar os resultados do serviço [...]; [...] os indicadores avaliam o serviço como efetivo, adequado, positivo [...] (20);

[...] os indicadores facilitam a avaliação do serviço [...]; [...] os indicadores facilitam a avaliação da equipe [...]
(23)

Sobre a implementação das normas e rotinas:

[...] a instituição notifica para críticas de melhoria [...]; [...] os indicadores estão presentes nas avaliações da coordenação [...]; [...] nas avaliações da CCIH [...] (9); [...] descrevem itens a serem avaliados [...]; [...] são ferramentas para respaldar comparações [...]; [...] ferramentas que avaliam periodicamente a unidade [...]; [...] surgem da preocupação da gente em melhorar nossos resultados [...] (20); [...] sinaliza a rotinas que a coordenadora melhora [...] (21)

Nesta perspectiva, o trabalho assistencial da enfermeira tem associação os elementos meios do processo, e com isso abrange exercício legitimado e conforme normas e rotinas organizacionais (FELLI; PEDUZZI, 2005). Uma vez que é por meio delas que se praticam saberes técnicos e administrativos da enfermagem, tal como a avaliação dos seu trabalho.

A compreensão dos IQ como ferramenta de qualificação positiva do serviço é associada ao bom desenvolvimento das normas e rotinas estabelecidas. A informação necessária para isto provém de formulários eletrônicos ou manuais do serviço e, assim, permitem tomada de decisão adequada para eficiência do processo de cuidado assistencial. Isto pode ser exemplificado com as seguintes unidades temáticas abaixo:

[...] preenchimento impressos de número de internação [...]; [...] número de cateteres que ajudam em decisões administrativas [...] (5); [...] o controle da qualidade é importante por dar oportunidade a serviços de excelência [...] (6); [...] são dados para melhorar o serviço [...] (7); [...] objetiva-se a qualidade do serviço [...] (16)

Estes meios de informação do serviço de enfermagem em UTI devem valorizar a ética profissional como determinante para o bom desempenho gerencial. Isto posto por Massarollo e Fernandes (2005), devido sua forte associação com a tomada de decisão dos níveis hierárquicos da direção hospitalar. Isto permite que os indivíduos da organização, em suas variadas funções no serviço, possam vivenciar a filosofia da GQT.

A este fim, a CIQ como ferramenta de qualificação de intercorrências tem seu sentido explicado pela evolução histórica da Gestão da Qualidade Total que inicialmente visualizava os aspectos negativos e defeitos dos processos de fabricação (MENDES, 1994; MEZOMO, 2001; CERQUEIRA, 2005; RÊGO, 2007).

Nas seguintes unidades temáticas, percebe-se a ênfase dada na informação destes “defeitos de fabricação” pelas enfermeiras assistências da UTI:

[...] indicador é o que quantifica se o serviço tem grande quantidade de queda no leito [...]; [...] de acidente de punção [...] (13);

Mas que posteriormente evoluiu, compreendendo que são meios de informação técnica utilizados para estabelecer objetivos, determinar responsabilidades, avaliar produtos e serviços e implementar indicadores competentes, conforme as unidades temáticas que seguem:

[...] os indicadores são representações numéricas do serviço [...]; [...] os indicadores são apresentados como taxas, índices ou percentuais [...] (23)

De modo a perceber as vantagens dos princípios da GQT sobre os requisitos necessários a função gerencial da enfermagem em UTI.

5.2.2 Categoria 02 – Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade

Conforme rigor metodológico, a análise quantitativa desta categoria considerou as 43 Unidades temáticas das enfermeiras coordenadoras e as 171 das assistenciais como total para recalcular percentual das suas respectivas subcategorias.

Assim, pode-se observar na Tabela 03, a distribuição absoluta e percentual das unidades de análise da categoria Requisitos Necessários à Utilização de Indicadores de Qualidade (RNQ) para os dois grupos de informantes. Por meio dela, fizeram-se inferências quanto a grau de importância atribuído a cada uma das subcategorias, Gerência e Profissional.

A subcategorização nesta Tabela 03 tem entrada dupla, permitido ponderar aspectos distintos dentro de cada uma das duas categorias. Para o aspecto Gerência, distinguem-se duas subcategorias: Supervisão e Promoção da Condição de Serviço. Para o aspecto Profissional, distinguiram-se seis subcategorias: Ético, Assistência, Registro de Protocolo, Controle de Infecção, Experiência de Utilização e Conhecimento.

Por meio destas, pode-se perceber que a questão sobre os RNQ requer maior preocupação sobre a variante Profissional, tanto para as coordenadoras (65,12%) quanto para as assistenciais (76,02%). Uma vez que houve menores quantidades de unidades de análise informadas sobre o aspecto gerencial: tanto para as enfermeiras coordenadoras (34,88%) quanto para as assistenciais (23,98%). Fato que demonstra semelhança entre os dois grupos de informantes da pesquisa de que o envolvimento dos profissionais é importante para o sucesso da gestão da qualidade.

TABELA 03: Distribuição das Unidades de Análise da Categoria Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade por Subcategorias, segundo enfermeiras coordenadoras e assistências da UTI, Salvador-Ba, 2010

SUBCATEGORIA	ENFERMEIRAS COORDENADORAS		ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS	
	F	%	F	%
Gerência	15	34,88	41	23,98
Supervisão	02	4,65	13	7,61
Promoção da condição de serviço	13	30,23	28	16,37
Profissional	28	65,12	130	76,02
Ético	03	6,98	21	12,28
Assistência	01	2,33	21	12,28
Registro de protocolo	10	23,25	48	28,07
Controle de infecção	03	6,98	15	8,77
Experiência de utilização	05	11,62	10	5,85
Conhecimento	06	13,96	15	8,77
TOTAL	43	100	171	100

Condição citada como necessária desde o início das atividades de produção de bens artesanalmente e mantida como exigência no processo de produção em escala industrial para a melhoria da qualidade, conforme Rêgo (2007).

Isto devido à complexa correlação destes indivíduos envolvidos na produção do serviço ou produto, o planejamento prévio dele e condições de aperfeiçoamentos de metodologias para controle da qualidade (MEZOMO, 2001).

Estas metodologias foram fundamentais tendo sua história na concepção do Ciclo de Melhoria da Qualidade de Shewarth³² (ciclo constituído pelo planejamento, produção, avaliação e ação implementada), dos Quatorze Pontos da Prática da Qualidade de Deming (aperfeiçoamento constante do produto e sistema de produção, rigoroso programa de treinamento, adoção de filosofia de qualidade, não negociação somente com preço financeiro, estímulo a liderança, minimização de temores de funcionários, quebra da departamentalização burocrática, eliminação das cotas de produção e dos eslogans de entusiasmo, estímulo ao

³² **Walter Shewarth** foi um engenheiro americano que em 1931 desenvolveu o método estatístico de controle de qualidade, conhecido como Statistic Quality Control (SQC) ou Controle Estatístico de Processo (CEP), muito utilizado pela indústria americana durante a época da Segunda Guerra Mundial (CAMPOS, 1992).

orgulho pelo trabalho bem realizado e apreender a realizar transformações) e nos Dez Deveres à Melhoria da Qualidade de Juran (ter consciência da necessidade de melhorias, estabelecer metas de melhorias, organizar-se em comitê de qualidade para observar os problemas, treinar pessoal ao serviço, implementar soluções rapidamente, divulgar o trabalho desenvolvido, divulgar os resultados obtidos, manter o planejamento dos objetivos não conseguidos e ter programa de qualidade como rotina da empresa) (CAMPOS, 1992; FELDMAN, 2004).

Estes aspectos se constituíram como fatores internos, considerados como pontos fortes a participação e co-responsabilidade de todos na política organizacional de gestão da qualidade total.

Sobre os aspetos internos da utilização dos IQ para Gerência, também não houve distinção entre os grupos de informantes. Para as coordenadoras, a utilização dos IQ nas medidas de Promoção da Condição de Serviço (30,23%) é mais importante que sua utilidade na Supervisão (4,65%). Bem como esta consideração também é válida para as enfermeiras assistenciais, que atribuem respectivamente 16,37% e 7,61%.

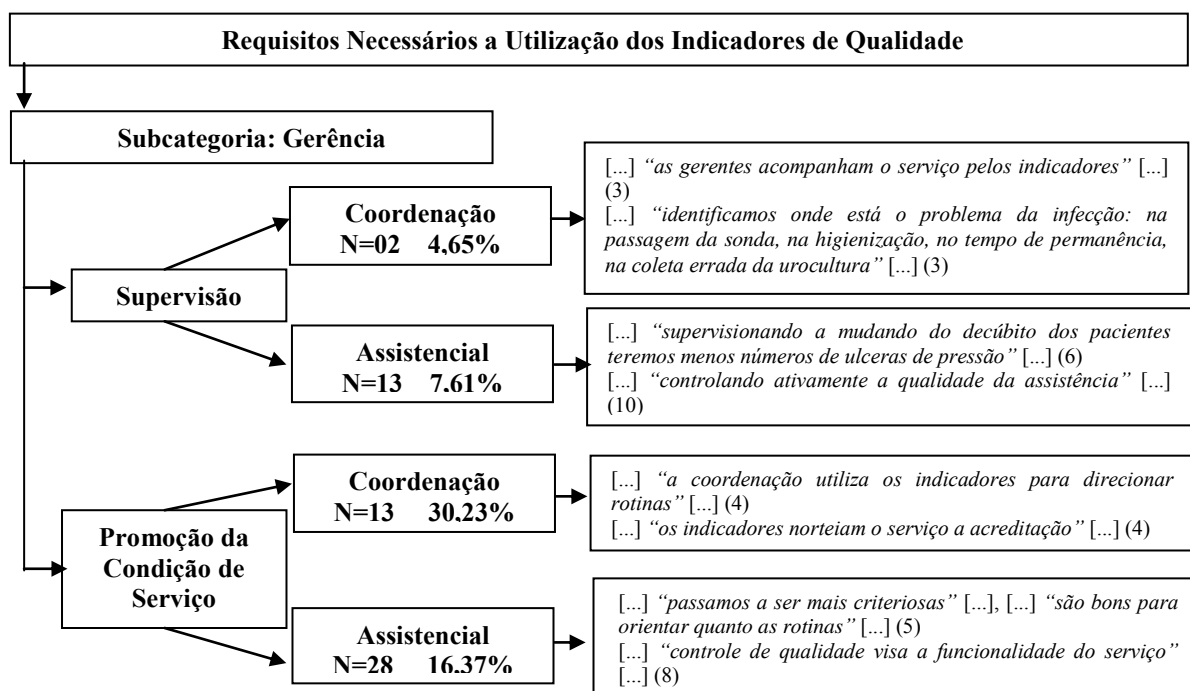


Diagrama 05: Síntese da análise da subcategoria Gerência da Categoria Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador-Ba, 2010

Esta compreensão é benéfica, por entender que o foco da melhoria contínua está nas condições do serviço, fato salientado por Marx (2006) como validação dos efeitos sociais e

práticos que a dimensão ambiental tem sobre os indivíduos, despertando-os ao talento de cada conhecimento profissional, a exemplo a atividade de supervisão, já adotada em processos de fortalecimento de medidas de qualificação de serviços.

Conforme o Diagrama 05, percebe-se que não existe aspecto pejorativo de supervisão repressiva nas unidades de análise apresentadas. As coordenadoras se referem à subcategoria de supervisão como requisito necessário, numa perspectiva amistosa. De modo a acompanhar o processo de produção e identificar possíveis problemas do serviço.

Por sua vez, as enfermeiras assistenciais também assumem a atribuição profissional de supervisionar estes serviços, colocando-se diretamente em contato com a prestação dos cuidados e, assim, favorecer o controle da qualidade, concebendo idéia de modelo gerencial participativo e cooperativo (MARX, 2006).

Enquanto que a promoção da condição de serviço, principal subcategoria quantitativamente do aspecto gerencial, tem foco no objetivo final do planejamento das coordenadoras. Este objetivo perpassa pela melhoria constante do serviço, envolvimento multidisciplinar e avaliação para o sucesso, conforme se percebe nas unidades abaixo:

[...] os indicadores norteiam o serviço para a qualidade total [...]; [...] para melhoria [...] (4)

[...] o serviço de psicologia se envolve com os indicadores sociais da visita [...] (2); [...] o indicador de qualidade tem correlação com o indicador médico de risco de morte do paciente grave [...] (3)

[...] a melhoria é contínua com os indicadores de qualidade [...]; [...] não adianta só apontar o indicador, tenho que analisar [...]; [...] criamos indicadores que dão parâmetros da qualidade do serviço de enfermagem [...] (2); [...] o indicador tem correlação com a média nacional [...]; [...] com a media de ocorrências iatrogênicas das unidades do complexo de UTI [...]; [...] coleta dos dados sobre infecção é feita pelo Serviço de controle de infecção hospitalar [...] (3); [...] o coordenador da unidade tem maior preocupação com a qualidade do serviço [...]; (4)

As enfermeiras assistenciais salientam que sendo mais criteriosas e revisando as rotinas, tornam a condição do serviço funcional, pois permite coerência nas tomadas de decisão, orientação de medidas para melhoria e gerenciamento da qualidade.

As unidades temáticas abaixo exemplificam sobre estas questões.

[...] a coordenação de enfermagem faz estudo quanto a qualidade dos cuidados prestados [...] (6); [...] tudo é notificado para a gerencia utilizar nas reuniões [...] (7); [...] o controle de qualidade funciona para fatos relacionados à empresa [...]; [...] visa a funcionalidade do serviço [...]; [...] visa à funcionalidade para melhorar a eficiência da empresa [...] (8); [...] os indicadores da coordenação são para reuniões de diretoria e gerência [...] (13); [...] ajudam na tomada de decisões [...] (16); [...] permite atingir as metas [...] (20); [...] aperfeiçoa o serviço [...] (21);

[...] é interessante já que no dia-dia nos dedicamos somente ao fazer rotineiro [...] (1); [...] possibilita serviços de intervenções ao paciente [...] (6); [...] o controle da qualidade é importante quando a intenção é prestar cuidado ao paciente [...] (6); [...] sendo cobrada em seguir as rotinas [...] (8); [...] selecionando os tipos de lixos a serem desprezados [...] (9); [...] os processos podem ser interferidos após análise [...] (18); [...] o indicador permite descobrir qual o problema do processo a ser aperfeiçoado [...] (18); [...] são bons para orientar quanto as rotinas [...] (20); [...] dão propriedade comprobatória para melhoria das rotinas [...] (21) [...] justificam novas orientações de procedimentos [...]; [...] justificam novas orientações de rotinas [...] (23)

[...] através do dimensionamento de pessoal por gravidade e numero de pacientes [...] (3); [...] é contexto da qualidade quando se sabe o perfil dos pacientes internados pelo NAS [...] (7); [...] após ações de cobrança de preenchimento de impressos [...] (11); [...] indicador se refere a melhora de casos de iatrogenias pelo tratamento [...]; [...] somos cobradas para termos um bom indicador de qualidade do serviço [...] (18); [...] melhoram o gerenciamento do enfermeiro [...] (20)

Deste modo, o trabalho da enfermeira em UTI perpassa pela ação gerencial do serviço ou dos cuidados, envolvendo-se em normatização, avaliação, ações e decisões. Assim, trata-se de uma práxis constituída de saber e competências da natureza da profissão. Servo (1999; 2001) considerando que a supervisão é estratégia interna da organização para o sucesso das implementações como treinamento, educação continuada e avaliação, permite entender que a enfermeira intensivista é instrumento positivo à gestão da qualidade devido sua práxis.

A importância que a enfermagem tem junto à equipe, serviço e unidade de tratamento intensivo, permite-lhe intervir nos processos que permeiam o tratamento do paciente crítico³³ por compreender a complexidade do serviço e os fatores que determinam os dados estatísticos da qualidade (MENDES, 2001; YAMAUCHI, 2009; LIRA; QUIDIM, 2009).

Assim, a utilização dos IQ também está associada à atribuição Profissional, como principal subcategoria estatisticamente, tanto para enfermeiras coordenadoras (65,12%) quanto para as assistenciais (76,02%). Deste modo, houve preocupação em conhecê-la, sobre seus aspectos informados, dado que o trabalho de enfermagem integra as dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania (FELLI; PEDUZZI, 2005).

E estas dimensões inferem sobre sua competência de trabalho em equipe de modo a emancipar os indivíduos, integrar esforços multiprofissionais e satisfazer as expectativas dos pacientes (FAZENDA; MOREIRA, 2008)

Assim, às enfermeiras coordenadoras, tem-se a seguinte valorização percentual decrescente: Registro de Protocolo (23,25%), Conhecimento (13,96%), Experiência de Utilização (11,62%), Controle de Infecção e Aspecto Ético (ambos com 6,98%) e Assistência (2,33%).

³³ **Paciente crítico** é aquele em condições de doença grave, com necessidades de observação e intervenções intensivas sobre seu quadro clínico ou sobre seus riscos de piora (LIRA; QUIDIM, 2009).

Às enfermeiras assistenciais, observou-se a seguinte distribuição percentual decrescente: Registro de Protocolo (28,07%), Aspectos Éticos e Assistência (ambos com 12,28%), Controle de Infecção e Conhecimento (ambos com 8,77%) e Experiência de Utilização (5,85%).

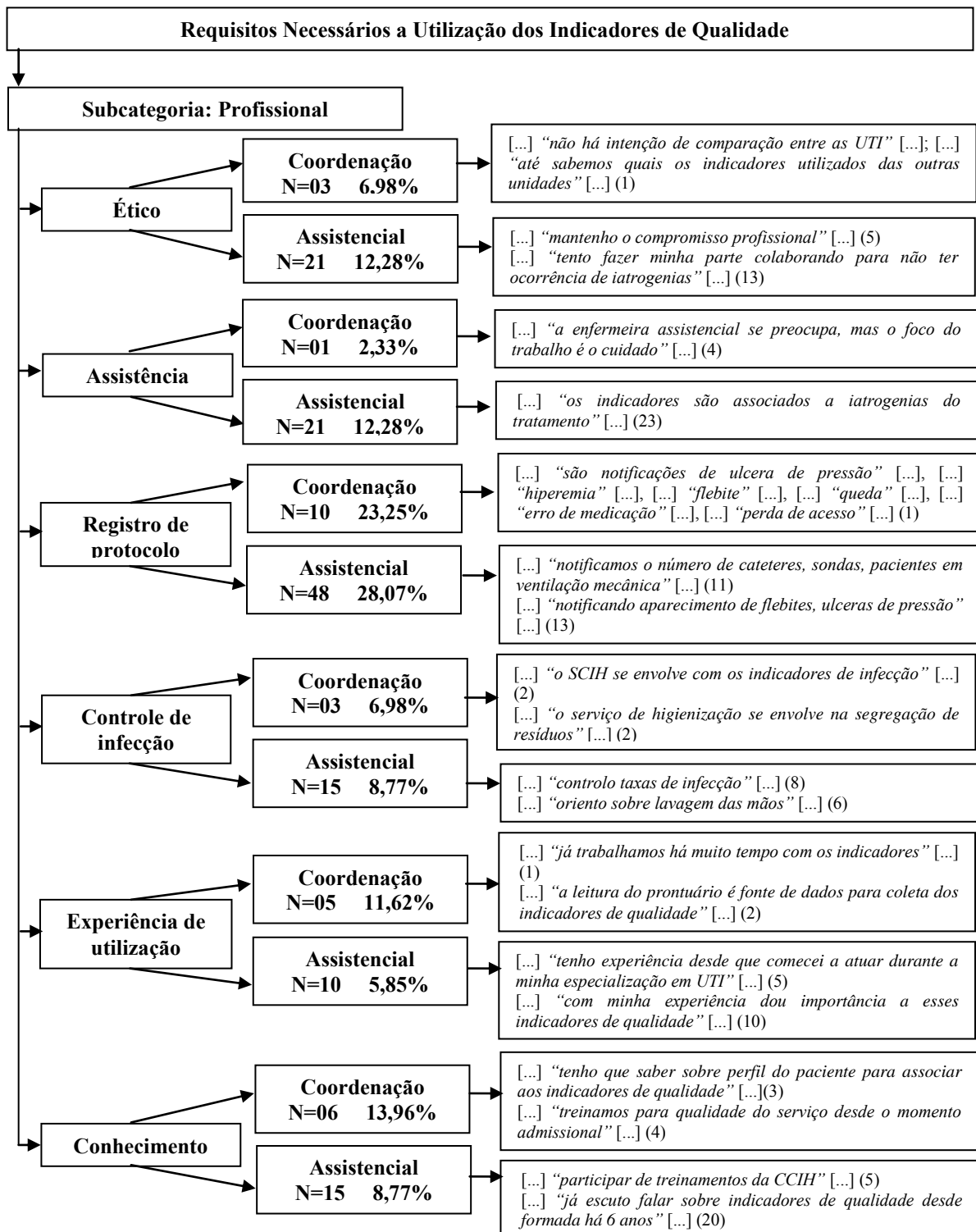


Diagrama 06: Síntese da análise da subcategoria Profissional da Categoria Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador-Ba, 2010

Estas distribuições sugeriram entendimento de que para os dois grupos de informantes o principal aspecto profissional para Utilização dos IQ é a atividade de registro de protocolo.

Pôde-se observar semelhanças das categorias conhecimento e controle de infecção através do Diagrama 06.

A atividade de registrar é pontuada na GQT desde a figura do inspetor da indústria e perpassa pela burocratização e departamentalização da TGA. Mas conforme Mendes (1994), a saúde obteve benefícios com a atividade de registros. Por meio dela, a notificação padronizada permitiu acompanhamento das funções realizadas pelas equipes e melhorou a condição de interpretação do serviço pelo corpo administrativo da organização.

Conforme reflexão de Massarollo e Fernandes (2005), Rego (2007) e Ruthes (2009), a tomada de decisão das enfermeiras é intermediada pelos princípios éticos que julga as ações como adequada ou inadequada. E esta maturidade profissional constitui em grande desafio, quanto aos serviços hospitalares de UTI e também sobre a infecção hospitalar. As coordenadoras tomam como sua atribuição o controle da infecção, por meio de estratégias e parcerias, sendo útil o acompanhamento estatístico.

Por meio dele foram inferidos aspectos qualitativos das unidades de temáticas interpretadas, conforme grupos das informantes e quanto aos requisitos profissionais da utilização dos IQ.

Conforme estudo de Moura e Tyrrel (2003), acerca dos aspectos críticos ao controle dos casos de infecção em hospitais de grande porte, evidenciou-se a habilidade técnico-administrativa como o de maior importância nas intervenções de sucesso e melhoria da qualidade.

As enfermeiras assistenciais compreendem semelhantemente às subcategorias Assistência e Ética Profissional. Bem como, percentualmente em relação a importância das subcategorias Conhecimento e Controle de Infecção.

A relação da política de qualidade total na organização e o controle da infecção foi objeto de pesquisa de Cerqueira (2005). Nela, evidenciou-se que a necessidade de melhoria deste aspecto implica diretamente na questão da satisfação da administração e usuários internos e externos da organização. E identificou associação entre a responsabilidade profissional, o conhecimento técnico-assistencial e a melhora das taxas de infecção.

O requisito ético associado à utilização dos IQ está associado à proteção profissional em subnotificação de não conformidades da assistência, para as coordenadoras, como observado na unidade temática abaixo:

[...] acontece negligência na notificação dos indicadores pelos profissionais para se protegerem [...] (1)

Muito embora este requisito tenha associação com o compromisso profissional, segurança do paciente e com a fidedignidade de informações notificáveis, para as enfermeiras assistenciais, como se percebe:

[...] desenvolvo as obrigações assistenciais [...] (11); [...] mantendo o compromisso profissional [...] (5); [...] na minha experiência, aplicamos o controle de qualidade quando fazemos avaliação do nosso compromisso profissional [...] (6); [...] “trabalhado eticamente [...] (10); [...] a qualidade está intrínseca no compromisso profissional [...] (16); [...] o compromisso profissional está associado ao bom desempenho [...] (19); [...] colaboro me policiando [...] (20); [...] colaboro sendo competente e correta na minha pratica [...] (20); [...] agente se policia [...] (21); [...] atuando com compromisso profissional [...] (21); [...] colaboro trabalhando com responsabilidade [...] (23)

[...] o controle da qualidade é essencial para cuidarmos livre de danos e riscos [...] (6); [...] atendendo os pacientes com responsabilidade profissional [...] (9); [...] comprometendo-se com a melhora do paciente [...] (10); [...]busco identificar os riscos ao paciente [...]; [...] tento fazer minha parte colaborando para não ter ocorrência de iatrogenias [...] (13); [...] a qualidade tem haver com o compromisso ético [...] (16); [...] não negligenciando em equipe ações simples como lavagem das mãos [...] (21)

[...] participo fazendo com que esses indicadores sejam dados verdadeiros [...]; [...] coletamos dados corretamente por conhecer a importância dos indicadores [...]; [...] orientamos comportamentos por eles determinarem reflexos nos indicadores [...] (16)

A informação é de grande importância a organização hospitalar moderna devido sua colaboração na fundamentação decisória administrativa. Peres e Leite (2005) salientam que a informação perpassa sobre a comunicação entre os sujeitos, apreende expressão de conteúdo discutido ou de resultado científico de monitorização. Deste modo, tem objetivo de fortalecer a gestão da qualidade, constituir banco de dados para comparações intra e intersetoriais ou organizacionais e também facilitar processos de educação continuada.

A fonte de informação, nesta perspectiva, deve atender a fidedignidade de sua coleta, bem como a segurança do paciente. Wachter (2010) e Feldman (2004) citam sobre a importância dos de leis e decretos brasileiros, códigos de ética de enfermagem e de defesa do consumidor e normatização para acreditação hospitalar como meios legais a segurança da informação. Esta que diz respeito aos dados da condição clínica, do serviço/procedimento realizado e do direito do paciente como cidadão ou cliente do serviço de saúde.

Estas considerações também se refletem quanto ao aspecto da assistência e são pontuados como requisito necessário à utilização dos IQ. Principalmente pelas enfermeiras assistenciais.

Elas entendem como segurança a realização adequada dos procedimentos de cuidado, com vistas à valorização da assistência digna e livre de iatrogenias ou complicações ao tratamento do paciente, como pode ser percebido nas seguintes unidades de análise:

[...] realizo curativos conforme técnicas [...]; [...] apazo corretamente a prescrição médica [...] (1); [...] assisto sem favorecer a infecção cruzada [...]; [...] faço procedimentos com técnica estéril [...]; [...] vigio outros profissionais sobre o uso de EPI [...] (5); [...] preparo adequadamente a medicação [...] (6); [...] evito as iatrogenias que ocorrem por nossa displicência [...]; [...] por nossa inobservância [...]; [...] evito iatrogenias como infiltração de um cateter [...]; [...] evito ocorrência de iatrogenias acompanhando a assistência [...]; [...] acompanhando os procedimentos [...]; [...] devemos minimizar a ocorrência da lesão descomprimindo os pontos de pressão [...]; [...] tentamos amenizar os fatores que causam iatrogenias como hiperemia fixa [...] (13); [...] cuido das fixações e contengo o paciente para evitar a perda de cateteres [...] (19); [...] os indicadores são associados a iatrogenias do tratamento [...] (23)

Elas também percebem os benefícios da avaliação criteriosa sobre as atividades assistenciais, como seguem nestas unidades:

[...] os indicadores estão inseridos no nosso fazer [...]; [...] na nossa assistência [...]; [...] nas nossas atribuições [...] (16); [...] o indicador de carga de trabalho justifica a distribuição de leitos pelos profissionais [...] (19); [...] são bons para priorizar atividades da enfermeira assistencial [...]; [...] para gerenciar os cuidados [...] (20)

A medida que a assistência à saúde passou a entender o quanto a comunicação e o trabalho assistencial podem contribuir aos erros, a cultura da qualidade total se fortaleceu na organização hospitalar. Como a enfermagem atua profissionalmente a favor da melhoria contínua ou de apoio a melhoria das condições de trabalho, a enfermeira coordenadora e assistencial da UTI foram visualizadas como indivíduos importantes a implementação do modelo de gestão da qualidade nesta estrutura de alta complexidade (BORK; MINATEL, 2003).

Seus requisitos necessários estão associados ao registro de protocolos conforme expresso pelas enfermeiras coordenadoras e assistenciais. Elas salientam sobre as notificações das ocorrências adversas em modelos de impressos e meios eletrônicos preconizados pela organização hospitalar ou outras organizações competentes à monitorização da qualidade. Assim, pode-se perceber conforme unidades temáticas de coordenadoras e assistenciais, respectivamente:

[...] as anomalias são indicadores sinalizados pela enfermeira assistencial [...]; [...] os indicadores são protocolos preenchidos pelo enfermeiro da assistência [...] (1); [...] fizemos o protocolo de pneumonia associada à ventilação mecânica após identificar a taxa de infecção dessa [...] (3)

[...] obedeço aos protocolos [...] (1); [...] preenchendo o NAS e dando pontuações a depender do nível de gravidade e dependência do paciente [...] (2); [...] preenchendo o NAS e o impresso de controle da CCIH [...] (3);

[...] é desenvolvido pelo preenchimento dos impressos de não conformidades [...]; [...] acho que os protocolos da unidade expressam a qualidade [...]; [...] os da CCIH expressam a qualidade [...]; [...] os impressos expressam a qualidade [...] (4); [...] preenchamos impressos como o NAS e o da CCIH [...] (6); [...] preencho impressos pra coordenação quantificar [...] (7); [...] tudo aqui é considerado notificável [...] (7); [...] preenchendo impressos padronizados pela empresa [...]; [...] preencho instrumentos de notificação de ocorrência adversa [...] (8); [...] os indicadores estão presentes quando sou obrigada a preencher os impressos [...] (9); [...] tenho ciência da importância do preenchimento dos impressos padronizados [...] (10); [...] [...] têm impressos que não deixo de preencher como materiais que podem ser substituídos [...]; [...] têm impressos que não deixo de preencher como parecer técnico de produtos [...] (11); [...] registro condições de prejuízo ao serviço [...]; [...] registro condições de prejuízos ao paciente [...]; [...] colaboro preenchendo impresso de anomalia que são acontecimentos que não são normais [...] (18);

Conforme as informações das enfermeiras, o controle de infecção é aspecto muito importante do ponto de vista qualitativo. Nestas unidades temáticas, são expressadas as associações com a colaboração intersetorial, mudanças de comportamentos, apoio entre as diferentes atribuições no processo, respectivamente:

[...] o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar se envolve com os indicadores de infecção [...]; [...] o serviço de higienização se envolve na segregação de resíduos [...] (2)

[...] passamos a ser mais atentas aos cuidados com material estéril [...]; [...]“passamos a ser mais atentas a técnica asséptica [...]; [...] passamos a ser mais atentas na lavagem das mãos [...]; [...] passamos a ser mais atentas com higiene oral de pacientes com ventilação mecânica [...]; [...] passamos a ser cuidadosas quando a CCIH informa as taxas de infecção [...] (5); [...] revisando as datas dos dispositivos que invadem o organismo [...]; [...] oriento sobre lavagem das mãos [...] (6); [...] “observar a não aderência da lavagem das mãos é um processo que reflete no indicador assistencial [...] (18)

[...] a CCIH institui as rotinas [...] (5); [...] avaliando local de punção dos cateteres venosos quanto a causa de mais infecção [...] (6); [...] é contexto dos indicadores de qualidade fazer cultura de acesso venoso central para CCIH [...]; [...] é contexto dos indicadores de qualidade trocar o acesso venoso periférico quando há flebite [...] (7); [...] controlo taxas de infecção [...] (8); [...] colaboro com a CCIH na avaliação diretamente na unidade [...] (9)

Situação que remetem a aspectos da Teoria Geral da Administração. Sabendo da característica evolutiva da administração hospitalar, Gomes (2004) observa como o planejamento em saúde se beneficiou com o desenvolvimento industrial e a necessidade de serviços hospitalares com gestão participativa. Observação que se fundamenta no corpo de conhecimentos da TGA que envolve os elementos organizacionais como a tarefa, a estrutura, as pessoas, o ambiente e a tecnologia (KWASNICKA, 1989; ALMEIDA, 1997; CAMACHO, 1998; SERVO, 1999; 2001).

Contemporaneamente, estes elementos também existem na Teoria dos Sistemas, que de modo aberto, permitiu dinamizar a gerencia. A lógica aplicada se associa a estratégias de tornar o ambiente dinâmico e com atores sociais entusiasmados perante ações organizacionais de valorização das suas atividades. Na UTI, a enfermagem é fundamental neste quesito para

favorecer ações de supervisão direta, avaliação de desempenhos e intermediação com serviços de apoio ou parceria (MATOS-SANTANA, 2001).

São estas atitudes corporativas, de colaboração intersetorial e mudanças de comportamentos que o gerenciamento por indicadores de qualidade exige das enfermeiras coordenadoras ou assistenciais da UTI (TRICHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

A experiência de utilização dos IQ é citado como requisito necessário, sendo uma percepção positiva devido sua lógica com a cultura da GQT. Neste aspecto, as coordenadoras fazem perceber a interação desta subcategoria com o aperfeiçoamento do modo de trabalho. E também sobre a competência profissional em serviço. E as assistenciais expressam a necessidade de tempo de convívio e de dedicação aos formatos de notificação (segundo assistenciais).

[...] já trabalhamos com os indicadores desde a mudança da gerencia, há 12 anos [...]; [...] já aperfeiçoamos os serviços nestes anos de gerenciamento da qualidade [...]; [...] a leitura do prontuário é fonte de dados para coleta dos indicadores de qualidade [...] (2)

[...] os indicadores de qualidade estão sempre no meu contexto de assistência [...] (7); [...] minha experiência esta associada ao preenchimento dos impressos de controle de material [...]; [...] esta associada ao preenchimento dos impressos de ulceras de pressão [...]; [...] esta associada somente ao preenchimento dos impressos de falta de funcionários [...]; [...] esta associada ao preenchimento dos impressos de material em teste [...] (9); [...] com minha experiência dou importância a esses indicadores de qualidade [...] R10

As unidades acima demonstram positivamente o envolvimento das enfermeiras coordenadoras e assistenciais com a GQT, pois elas valorizam o modo de trabalho e o tempo de convivência com os IQ. Isto é importante pela situação cotidiana de tentar acertar decisões tomada para realidade vivenciada, atuar na assistência planejando conscientemente as ações que refletirão num padrão de qualidade futuro e, deste modo, associando evidencias da situação real com implementações de melhoria continua (CIAMPONE; MELEHIRO, 2005; TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

Uma vez que, segundo Marx (2006), os indicadores têm utilidade na obtenção de dados, avaliação das rotinas e desempenhos, conhecer a satisfação dos clientes e retroalimentar o planejamento estratégico. Também é forma de justificar capacitação e informar aos funcionários envolvidos sobre o seu próprio serviço.

O conhecimento sobre a gestão da qualidade como requisito para utilização dos IQ foi expresso pelas enfermeiras assistenciais. Elas consideram que sabendo acerca deles, a notificação dos dados pode melhorar e refletir em novos padrões de qualidade, como pode ser percebido abaixo:

[...] indicadores de qualidade são sobre a assistência [...] (22); [...] são números de infecção [...]; [...] números de lesões [...]; [...] valores numérico [...] (1); [...] são desempenhos das nossas funções com compromisso profissional [...] (5);

Outro aspecto percebido como requisito necessário pelas enfermeiras assistenciais é a importância de se ter contato com a temática da qualidade no próprio serviço onde atua profissionalmente:

[...] vivo a questão dos indicadores de qualidade desde que fui admitida há quase dois anos [...] (7); [...] mesmo sendo nova percebo que se tem muita preocupação com o assunto da qualidade [...] (16); [...] escuto falar sobre indicadores de qualidade desde a faculdade há 3 anos [...] (21)

Estas questões são pertinentes e reconhecidas pelos grupos de enfermeiras coordenadoras que atuam profissionalmente na construção dos princípios da GQT em seu tipo de serviço de saúde. Assim, pode-se perceber preocupação especial em reconhecer as características complexas que tornam suas unidades de produção de serviço de saúde peculiar, tais como: encorajamento dos funcionários que são descrentes da GQT, perfil dos usuários aos quais presta cuidados e reconhecimento de pontos fortes para o sucesso da gestão de qualidade, conforme se percebe nas unidades abaixo:

[...] a CCIH capacita a equipe de saúde [...] (1); [...] criamos ferramentas de qualidade, mas nada substitui o treinamento [...] (2); [...] treinamos para qualidade do serviço desde o momento admissional [...] (4); [...] participar de treinamentos da CCIH [...] (5); [...] os indicadores justificam treinamentos de rotinas [...] (18)

[...] tenho que saber o que o indicador quer me dizer [...]; [...] saber sobre perfil de paciente para associar aos indicadores de qualidade da unidade [...] (3)

[...] os enfermeiros entendem a importância dos indicadores [...]; [...] os técnicos de enfermagem dão importância aos indicadores [...] (3)

A estratégia de intervir no entusiasmo da equipe especializada é modo inteligente de gerenciamento do pessoal em dada circunstância de complexidade. Morrin (2000) considera que a ação é inteligente não por que é, mas sim pelo meio como se faz ser diferenciado. Assim as transformações que a GQT possibilita por meio da utilização dos indicadores de qualidade depende decisivamente da valorização do olhar que cada líder tem em sua função, seja de coordenação ou assistencial.

Deste modo, passar-se-á a análise dos resultados da próxima categoria identificada na pesquisa de campo.

5.2.3 Categoria 3 – Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade

A valorização, conforme Mora (2001) permitiu agrupar as unidades temáticas mediante suas idéias de compreensão. O valor organizacional não está somente em seus recursos financeiros, a satisfação dos indivíduos envolvidos diretamente no processo permite que a organização se planeje para a garantia da qualidade. Feldman (2004) e Bork e Minatel (2003) compreendem o entusiasmo das equipes que trabalham em hospitais como aspecto inerente a conquista do sucesso das medidas implementadas e relacionadas aos registros de enfermagem, segurança do exercício profissional, decisão coerente às metas e valores da organização, ética na abordagem dos indicadores e apoio a gerencia do serviço.

De tal modo a permitir um modelo de gerencia de enfermagem com fundamentação científica e fortalecida com a observação e avaliação da prática da qualidade total.

Assim, pode-se perceber nas unidades de análise, informação sobre a Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade (VIQ). Elas permitiram compreensão quanto à satisfação pessoal através dos sentimentos bons ou ruins. Mediante a estas subcategorias, apresenta-se na Tabela 04, as ponderações sobre as condições favoráveis ou desfavoráveis do Controle da Qualidade, bem como os aspectos positivos ou negativos referentes da Satisfação Pessoal.

TABELA 04: Distribuição das Unidades de Análise da Categoria Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade por Subcategorias, segundo enfermeiras coordenadoras e assistências da UTI, Salvador-Ba, 2010

SUBCATEGORIA	ENFERMEIRAS COORDENADORAS		ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS	
	F	%	F	%
Controle da Qualidade	13	40,62	07	43,75
Favorável	08	25,00	05	31,25
Desfavorável	05	15,62	02	12,50
Satisfação Pessoal	19	59,38	09	56,25
Positiva	18	56,25	06	37,50
Negativa	01	3,13	03	18,75
TOTAL	32	100	16	100

Fonte: conteúdo das entrevistas semi-estruturadas da pesquisa.

Ressalta-se que esta tabela se caracteriza por dupla entrada ponderada. A primeira referente às colunas, nas quais especificam quantitativamente as unidades temáticas em

valores absolutos e em percentual, dos grupos de informantes: enfermeiras coordenadoras e enfermeiras assistenciais de UTI. Neste aspecto, consideraram-se as 32 unidades referentes à VIQ das enfermeiras coordenadoras e as 16 das enfermeiras assistenciais de modo independentes; o que favoreceu ponderar grau estatístico de importância atribuída. Esta importância foi relativa as subcategorias, que constituiu a segunda entrada na tabela.

Isto permitiu comparação percentual entre os grupos de informantes, bem como possibilitou investigar sobre diferenças internas. Porém, os grupos de informantes não foram distintos em suas ponderaram.

Nesta Categoria sobre VIQ, percebeu-se a semelhança quantitativa entre enfermeiras coordenadoras e assistenciais. Conforme esta metodologia, os dois grupos de informantes atribuíram maior associação da valorização à Satisfação Pessoal (coordenadoras com 59,38% e assistenciais com 56,25%) e menor valorização ao Controle da Qualidade (coordenadoras com 40,62% e assistenciais com 43,75%). Esta evidência demonstra ainda como são próximos os valores atribuídos as respectivas subcategorias. Assim, pôde-se inferir que a satisfação profissional é alta à medida que se entende a melhoria do serviço através do próprio desempenho profissional.

Aspecto clássico da satisfação do profissional quando este se envolve nas questões gerenciais e já estudado no referencial teórico quanto a TGA, que segundo Kurcgant (2005), as propostas dos pensadores sobre o processo de trabalho, seus fatores e seus resultados não perpassam somente pelo enfoque econômico e gerencial. A cultura da TGA envolve também condições sociais e psicológicas dos indivíduos envolvidos no processo.

São aspectos da enfermagem relacionados com a esta cultura: a preocupação constante com a atividade prática e padronização das rotinas (Teoria Científica); a forte preocupação com a quantidade do trabalho desenvolvido (Teoria Clássica); a comunicação adequada entre os integrantes da equipe multidisciplinar e a característica de liderança da profissional enfermeira como estratégia de administração (Teoria das Relações Humanas); valorização da normas, rotinas, registros e respeito aos fluxos do serviço (Teoria Burocrática); tendência de centralização da decisão e do poder na cúpula administrativa (Teoria Comportamentalista); organização do serviço em redes de micro e macrosistemas (Teoria de Sistemas); e, principalmente, as interferências que sistemas ou serviços econômico e social que os planos de saúde e política publica exercem sobre o serviço de enfermagem na UTI (Teoria Contingencial) (KURCGANT, 2005; CORREIA; SERVO, 2006; TAHARA et al, 2005).

Estas características são positivas à GQT e condizem com a satisfação pessoal que implica em benefícios ao aperfeiçoamento do produto ou serviço desenvolvido. Assim, as subcategorias demonstram predominância dos aspectos benéficos da VIQ.

De tal modo que as enfermeiras coordenadoras e assistenciais destacam maior número de unidades temáticas sobre as condições favorável do uso dos IQ no controle da qualidade (25,00% e 31,25% respectivamente), do que sobre o aspecto desfavorável do seu uso (15,62% e 12,50%, respectivamente).

Isto demonstra a importância dos IQ para o controle da qualidade do serviço, segundo os padrões exigidos. Os exemplos dos benefícios dos IQ que podem ser associados ao gerenciamento da qualidade conforme as satisfações dos padrões de qualidade são a valorização das competências dos indivíduos envolvidos, compreensão dos resultados alcançados pela demanda assistida, nível de desempenho semelhante a outras organizações de *balance scorecard* (LEÃO et al, 2008).

Por estes fatores, houve maior numero de unidades temáticas sobre os aspectos positivos da satisfação pessoal em utilização dos IQ, tanto pelas enfermeiras coordenadoras (56,25%) quanto pelas assistenciais (37,50%). Embora exista maior importância dos aspectos negativos da satisfação pessoal pelas enfermeiras assistenciais (18,75%) do que pelas coordenadoras (3,13%).

A interpretação das unidades temáticas, numa metodologia qualitativa, como apresentada pelo diagrama, permitiu evidenciar idéias centrais das informações das enfermeiras coordenadoras e assistenciais, separadamente. Conforme o diagrama, estas idéias são apresentadas em duas subcategorias: controle da qualidade e satisfação pessoal. A subcategoria controle da qualidade tem unidades temáticas associadas a aspectos favoráveis ou desfavoráveis e permitiu comparação entre as enfermeiras coordenadoras e assistenciais

Quanto à subcategoria satisfação pessoal, pôde-se notar que as unidades de análise propuseram grau de satisfação positiva ou negativa e também como comparação entre os grupos de informantes.

Assim, teceram-se algumas discussões sobre as unidades temáticas. Apesar de ter percebido semelhanças estatísticas sobre as categóricas, as unidades temáticas que as compuseram transpareceram percepções importantes para este estudo sobre IQ.

Para melhor exploração destes dados e compreensão das inferências quantitativas, a metodologia qualitativa deste estudo, propôs reflexão sobre o Diagrama 7 que favoreceu percepções importantes acerca da valorização da utilização dos IQ.

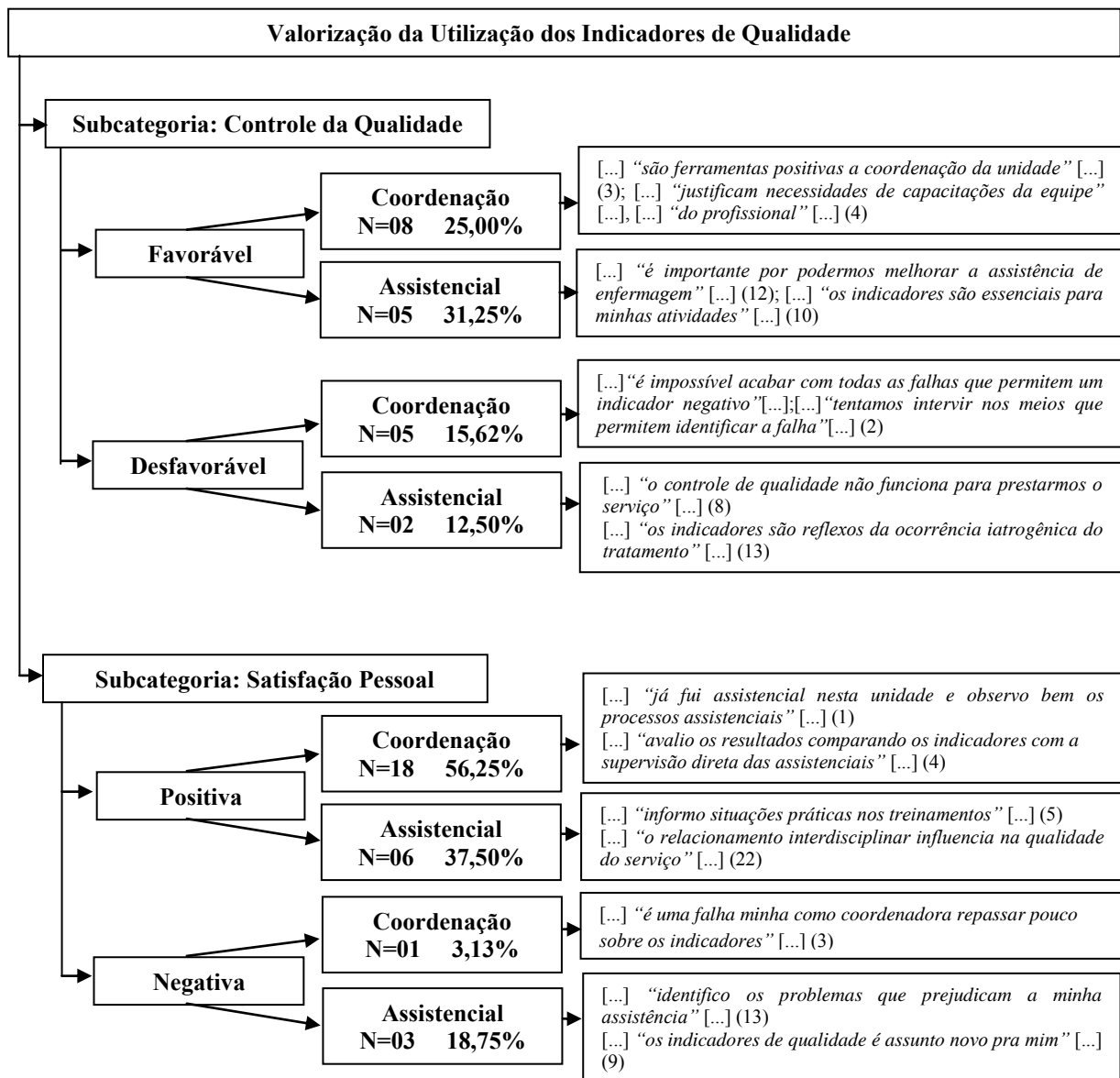


Diagrama 07: Síntese da análise das subcategorias Controle da Qualidade e Satisfação Pessoal, da Categoria Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador-Ba, 2010

As enfermeiras coordenadoras associam o controle da qualidade em prol da percepção de aperfeiçoamentos a serem realizados com a equipe, como afirma:

[...] o controle da qualidade fundamenta a necessidade de treinamentos [...]; [...] a necessidade de aperfeiçoamento de pessoal [...]; [...] o serviço de recursos humanos se envolve com a melhoria dos indicadores, treinando os profissionais [...] (2)

E as enfermeiras assistenciais valorizam os IQ em favor da melhor prestação da assistência, evidenciando sua preocupação frente a perspectiva de trabalho mais eficiente.

Sendo que esta autocrítica, expressa a condição desfavorável dos IQ em sempre apontar problemas associados aos “defeitos” originados do processo de cuidar ou do desenvolvimento do serviço. Mesmo que esta utilização dos indicadores demonstre sobre o sentimento de melhoria contínua dos indivíduos.

A autopercepção faz parte do processo de avaliação e notificação e tem associação com a imagem real e ideal da qualidade gerenciada. Por este motivo, falar de imagem é reconhecer ocorrência iatrogênica do tratamento, possíveis negligências e imperícias profissionais e problemas intersetoriais ou multiprofissionais (GOMES, 2004; WACHTER, 2010). Porém, está diretamente relacionada ao grau de exigência que o profissional (coordenador ou assistencial) desenvolve, fazendo-lhe ter sentimentos de satisfação, ora positivo ora negativo. Dependerá dos resultados alcançados que tornarão real a imagem do padrão de qualidade.

Assim, as coordenadoras expressam sentimento de aproximação com a realidade uma vez que relembram já terem enfrentado as dificuldades como enfermeiras assistenciais e, de tal modo a dar importância a aproximação com os processos do cuidar. Para tanto, preocupam-se com o “ângulo do olhar” sobre os problemas e em manter a equipe ciente destas impressões, como pode ser evidenciado nas unidades abaixo:

[...] tenho muito cuidado com a informação dos indicadores [...] (1); [...] existe uma série de fatores que contribuem para a utilização de indicadores [...]; [...] minha participação é identificar o problema [...]; [...] me comunico com a equipe pelos relatos em ocorrência [...] (3); [...] informo os indicadores em reunião com a equipe assistencial [...] (4)

Isto é justificado, por elas valorizarem os IQ como guias da sua função gerencial:

[...] o indicador de qualidade norteia meu serviço [...]; [...] o indicador de qualidade direciona meu serviço [...] (3)

O sentimento expressado pelas enfermeiras coordenadoras de estarem próximo as assistenciais favorece a autoconfiança nestas últimas. A atividade de cuidar diretamente dos pacientes e assumir a co-liderança da UTI faz com que as enfermeiras assistenciais se percebam como parte da GQT. E deste modo, busquem melhores circunstâncias de relacionamentos multidisciplinar para se fazer um serviço com qualidade. Isto é evidenciado também pelas unidades temáticas a seguir:

[...] a participação no controle da qualidade é automática [...] (16); [...] buscamos não ser antipáticos ao cobrar as rotinas e comportamentos [...] (21); [...] o relacionamento interdisciplinar influencia na qualidade do serviço [...] (22)

A relação interpessoal tem importância evidenciada nestes resultados e, segundo Silva e Cruz (2008), a representação do trabalho da enfermeira na UTI se associa ao estresse (que não é objeto deste estudo) e a gratificação da assistência prestada ao paciente. Assim, é compreensível a importância que as informantes desta pesquisa dão ao relacionamento eficaz para favorecimento das medidas gerenciais da enfermagem em UTI com bases na GQT. Desta maneira é importante seguir com a reflexão das unidades de análise sobre os fatores intervenientes à utilização dos IQ.

5.2.4 Categoria 4 – Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade

Os Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade (FIQ) no gerenciamento da UTI foi a quarta categoria de análise realizada sobre a percepção das enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI.

Conforme a Tabela 1, discutida anteriormente, esta categoria foi a de menor atribuição percentual de informações dadas pelas enfermeiras coordenadoras (17,35%) e a penúltima menos atribuída pelas enfermeiras assistenciais (13,33%).

Deste modo, pôde-se inferir que os fatores intervenientes são encarados pelas coordenadoras com maturidade, uma vez que este grupo priorizou ter alto grau de conhecimento a cerca dos IQ (CIQ com 39,30% das unidades temáticas) seguido de forte interesse sobre os requisitos necessários a utilização dos IQ (RNQ com 24,85% das unidades temáticas). Esta reflexão faz lembrar que, segundo Donabedian (1969), a maturidade faz acreditar que o conhecimento é prerrogativa à liderança. E que Campos (2000), compreende como racionalidade gerencial.

Quanto a percepção das enfermeiras assistenciais, o fato delas atribuírem maior importância percentual aos fatores intervenientes à utilização dos IQ (FIQ com 13,33% das unidades temáticas) em relação a valorização da utilização deles (VIQ com 5,08% das unidades temáticas) remete ao entendimento que a questão prática tem preocupação com o efeito direto dos IQ sobre a eficiência (capacidade de ter resultados) e efetividade (efeito esperado) do serviço de saúde.

Para Merhy (2002), a atividade prática está associada à atenção dada pelo modo de gerenciamento e as micro decisões da equipe pelas tecnologias leves (neste estudo entendidas

como IQ). Questões favoráveis a diminuição dos custos e aumento da eficácia nos serviços de saúde de alta complexidade, segundo Campos (2000).

Deste modo, os fatores que implicam na utilização dos IQ foram interpretados por meio das unidades temáticas, sendo possível agrupá-las em subcategorias que correspondessem a fatores intervenientes desfavoráveis ou favoráveis.

Foi notório como os aspectos desfavoráveis tiveram muita importância tanto para as coordenadoras (63,33%) quanto para as assistenciais (66,67%). E os aspectos favoráveis com menor atribuição de importância percentual informada pelas coordenadoras (36,67%) e assistenciais (33,33%). Estas e outras observações inerentes as condições desfavoráveis e favoráveis puderam ser analisadas a partir da Tabela 05 que segue.

TABELA 05: Distribuição das Unidades de Análise da Categoria Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade por Subcategorias, segundo enfermeiras coordenadoras e assistências da UTI, Salvador-Ba, 2010

SUBCATEGORIA	ENFERMEIRAS COORDENADORAS		ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS	
	F	%	F	%
Desfavoráveis	19	63,33	28	66,67
Relacionamento negativo	01	3,33	11	26,20
Ausência de feedback	04	13,33	12	28,57
Subnotificação	10	33,34	-	-
Perfil do paciente	04	13,33	05	11,90
Favoráveis	11	36,67	14	33,33
Comunicação	01	3,33	13	30,95
Feedback positivo	10	33,34	01	2,38
TOTAL	30	100	42	100

Fonte: conteúdo das entrevistas semi-estruturadas da pesquisa.

Por meio desta tabela, pôde-se inferir que a principal subcategoria abrange quatro aspectos desfavoráveis: o relacionamento negativo, a ausência de feedback, a subnotificação e o perfil do paciente. Em contrapartida, os fatores intervenientes que são favoráveis à utilização dos IQ corresponderam a comunicação e ao feedback positivo.

Eles tiveram graus diferentes de importância percentual entre os grupos de informantes. Para as enfermeiras coordenadoras foi observada a seguinte ordem decrescente de importância: subnotificação (33,34%), ausência de feedback e perfil do paciente (ambos com 13,33%) e relacionamento negativo (3,33%).

Para as enfermeiras assistenciais, a importância percentual foi na seguinte ordem decrescente: ausência de feedback (28,57%), relacionamento negativo (26,20%) e perfil do paciente (11,90%).

Sobre estas seqüências, pode-se considerar que as coordenadoras têm grande preocupação sobre a subnotificação das ocorrências adversas. Questão também observada na categoria anterior, momento no qual foi percebida que a não informação tinha associação com a autoproteção das enfermeiras assistenciais, uma vez que suas as notificações denunciam suas próprias ocorrências adversas frente aos cuidados e ao serviço.

Tanto é assim compreendido, que o grupo das enfermeiras assistenciais não citam unidades de análise sobre a subnotificação como fator desfavorável.

A atribuição de gerenciar por meio de informações que as enfermeiras coordenadoras exercem, faz com que este grupo de informante expresse grau de insatisfação sobre subnotificação, descompromisso com os registros e a ausência de apoio ao planejamento comunicativo por parte das enfermeiras assistenciais. Situação que pode comprometer o sucesso da GQT nos serviços hospitalares de alta complexidade, como a UTI (GOMES, 2004; RÊGO, 2007).

Outra situação importante, é que o grupo das coordenadoras dão grau de importância percentual semelhante aos fatores de ausência de feedback e perfil dos pacientes; sendo curioso que, para as assistenciais, o não feedback das notificações é o principal fator interveniente desfavorável à utilização dos IQ.

Esta situação evidenciada pode ser explicada pelo estudo de Santos (2008). Ela entendeu que o sentimento desenvolvido pelo não retorno da avaliação realizada, compromete o envolvimento contínuo e satisfatório das profissionais assistenciais com a questão da gerência por indicadores de qualidade. Fato que as coordenadoras já reconhecem, uma vez que a não manutenção do feedback por parte delas, é citado como negativo a relação com o serviço com filosofia de GQT.

O fator do relacionamento citado por estas informantes desde sua preocupação em estarem próximas das atividades assistenciais, a fim de permitir aproximação entre enfermeiras assistenciais e coordenadoras para uma autoconfiança do grupo, conforme discutido qualitativamente na categoria anterior.

Neste momento discursivo, é salientado como de maior grau de importância pelas enfermeiras assistenciais, a condição positiva deste fator interveniente ao desenvolvimento das atividades assistenciais e eficiência do serviço.

O relacionamento interpessoal reflete sobre a eficiência das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde devido às múltiplas necessidades de parcerias entre organizações, apoio entre os serviços e ao comprometimento dos funcionários sobre o serviço desenvolvido (SERVO et al, 2008).

Na perspectiva de melhor compreender sobre a percepção das enfermeiras acerca dos FIQ, foi importante utilizar a metodologia qualitativa no estudo desta categoria. Conforme apresentação das unidades temáticas nos Diagramas 08 e 09, analisou-se comparativamente as informações que cada grupo de enfermeiras davam, quanto aos fatores intervenientes à utilização dos IQ.

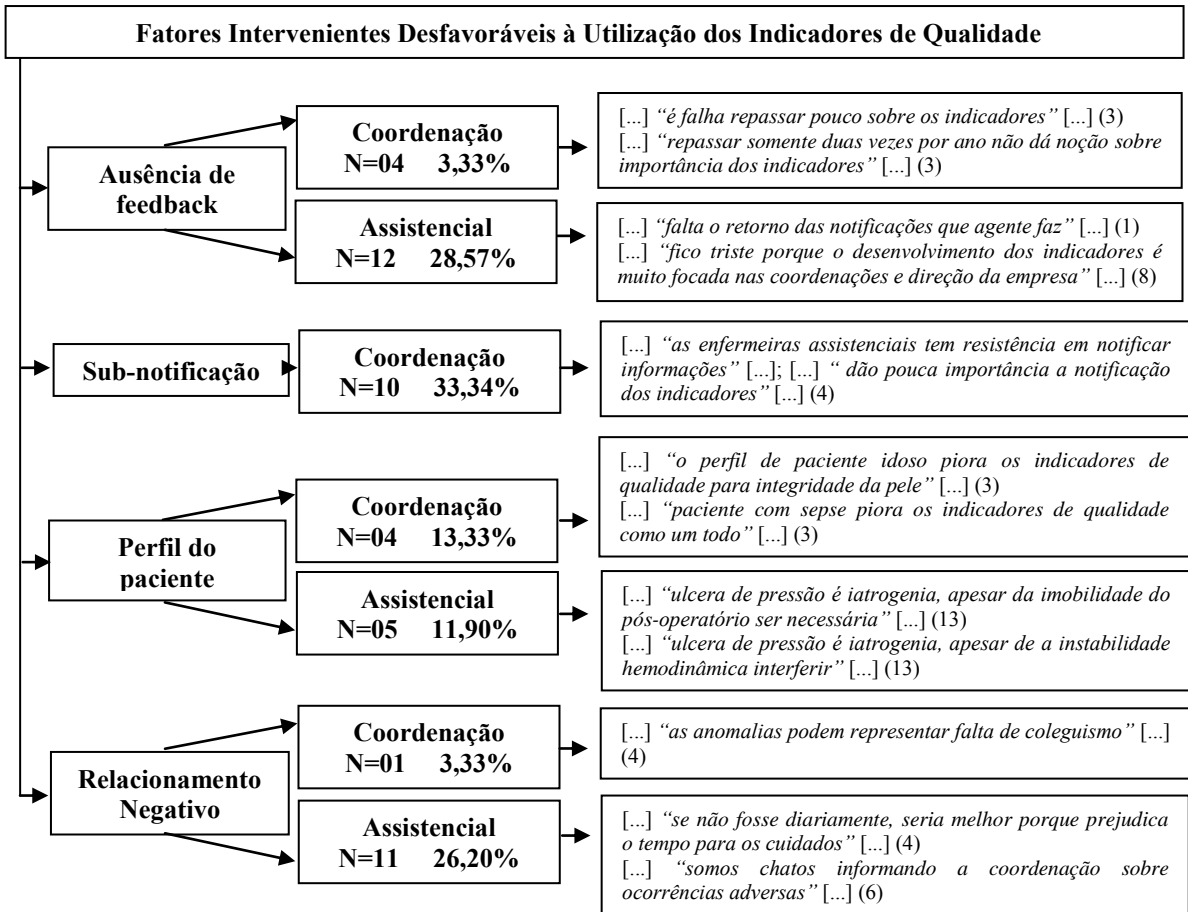


Diagrama 08: Síntese da análise da subcategoria Fatores Desfavoráveis, da Categoria Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador-Ba, 2010

Os fatores desfavoráveis que tiveram maior importância estatística têm suas unidades temáticas apresentadas no Diagrama 07, permitindo percepções gerais. Elas são o reconhecimento de falhas gerenciais e de comunicação, desinteresse ao potencial de

importância dos IQ à GQT, a associação dos indicadores de qualidade do serviço aos tipos de paciente tratados e as implicações dos relacionamentos desarmoniosos no padrão de qualidade do serviço.

Também houve outras interpretações oriundas das subcategorizações, como são discutidas a seguir.

As enfermeiras assistenciais não reconhecem que sua atividade tem relação direta com a melhoria da qualidade do serviço, conforme expressam:

[...] isso é função muito administrativa [...] (4); [...] a instituição até se empenha, mas não é foco do meu trabalho assistencial [...] (9); [...] não lido diretamente com os indicadores [...] (22)

Tendo pouco interesse pelos IQ, as enfermeiras assistenciais reforçam a ideologia de que a tarefa profissional de notificar é algo que atrapalha o foco assistencial da sua função na organização hospitalar, conforme informam que:

[...] nunca pesquisei sobre os indicadores [...]; [...] suspeito que eles sejam representações da nossa assistência [...] (23); [...] esses indicadores me atrapalham, como enfermeira assistencial que já tenho muitas obrigações e responsabilidades [...]; [...] atrapalham por ficar parando pra preencher cada vez mais impresso [...] (4); [...] o tempo que preciso prestar assistência não me permite maior interação sobre os indicadores [...] (10)

Alem de se expressarem sentimento de antipatia em notificar dados do serviço que serão transformados em IQ, como expressam:

[...] somos chatos fiscalizando os colegas do plantão [...] (6)

Estas percepções de relação negativa que as enfermeiras assistenciais têm para com a notificação e os IQ refletem sentimento de resistência dos funcionários à gestão da qualidade total. Este aspecto já é citado por Campos (2000). Ele entende que o modo de se organizar torna os grupos com racionalidade rígida quanto à autoproteção. E esta condição é negativa quando existem grupos de resistentes a GQT, segundo Mendes (1993; 2001) e Mezomo (2001).

Daí as coordenadoras terem idéia de que as enfermeiras assistenciais têm resistência à notificação por coleguismo ou desinteresse. Porém, reconhecem que somente reuniões semestrais com a equipe como meio de retorno das informações coletadas é insuficiente para tamanha sensibilização à GQT, como pode ser percebido nas unidades abaixo:

[...] há dificuldade de notificar dados assistências [...] (4); [...] alguns indicadores são sub-notificados por medo de punição [...] (2); [...] acontece negligência na notificação dos indicadores pelos profissionais para se protegerem [...] (1); [...] é possível ser causa de resistência em notificação o termo anomalia [...] (4)

Fato que as enfermeiras assistenciais dão muita importância e se percebem numa mecanicidade de contribuição para a gestão da qualidade na UTI:

[...] não me repassam os resultados depois de preenchido os impressos [...] (11); [...] não tenho retorno dos dados preenchidos [...] (11); [...] não há retorno de como é desenvolvido o controle da qualidade [...] (3); [...] não somos informadas sobre como estamos nos desempenhando [...] (8); [...] não sou informada como estou na assistência [...] (7); [...] não sou informada sobre como estamos [...] (7);

[...] como não tenho retorno sobre o que fazem com o meu preenchimento do impresso do NAS, nem posso ajudar muito [...] (2); [...] fazemos ate sem saber pra quê servirá [...] (9); [...] achava bom se nos fosse dado retorno para até poder saber como estamos melhorando [...] (3); [...] o controle de qualidade visa a satisfação dos usuários [...] (8)

Mezomo (2001) salienta que a sensibilização por meio do feedback positivo permite dar resposta, desenvolver responsabilidades e praticar a reconciliação entre os sujeitos envolvidos n GQT. Campos (2000) e Gastal (2006) compreendem tal reflexo do funcionário sobre seus serviços comparando com a interação existente entre maestro e orquestra, pois permite interpretação sobre ações profissionais e sua tentativa de se tornar um profissional ideal ao serviço de excelência.

Se não, deste modo, as coordenadoras continuam tendo dificuldades quanto a notificação das informações necessárias para o gerenciamento da UTI, conforme afirmam:

[...] temos dificuldade de monitorar alguns indicadores como erro de medicação [...] (1); [...] erro de medicação é um indicador sub-notificado [...] (2); [...] a própria dinâmica do plantão assistencial prejudica priorizar a notificação dos indicadores [...] (4)

Ainda assim, existe uma linearidade quanto ao conhecimento da implicação do perfil do paciente tratado e as possibilidades de indicadores da unidade; as enfermeiras coordenadoras têm noção sobre os tipos que doenças e as assistenciais quanto ao surgimento de complicações iatrogênicas da condição clínico-cirúrgica dos pacientes:

[...] paciente neurológico traz piores indicadores no geral [...]; [...] pacientes oncológicos trazem piores indicadores [...] (3)

[...] ulcera de pressão é iatrogenia, apesar da predisposição da pele [...]; [...] ulcera de pressão é iatrogenia, apesar de o estado nutricional interferir [...]; [...] ulcera de pressão é iatrogenia, apesar do repouso absoluto no leito interferir [...] (13)

A intencionalidade do serviço em prestar assistência a pacientes em condições de saúde-doença crítica, permite falar da complexidade do serviço de saúde que é a UTI. Devido a isto, o perfil de paciente exerce forte influencia no padrão de qualidade assistencial que se atinge SILVA (2009).

Acerca dos fatores favoráveis à utilização dos indicadores no gerenciamento da qualidade, percebeu-se através das unidades temáticas que sintetiza apresentação pelo Diagrama 08, que as coordenadoras buscam a desmistificar a idéia punitiva associada a notificação da ocorrências adversas e a estratégia positiva de permear tal concepção em momentos oportunos como reuniões.

Pelas enfermeiras assistenciais, pode-se compreender que apesar da pouca oportunidade formal de retorno sobre os indicadores à equipe ainda permite reforçar sobre a importância da notificação das não conformidades.

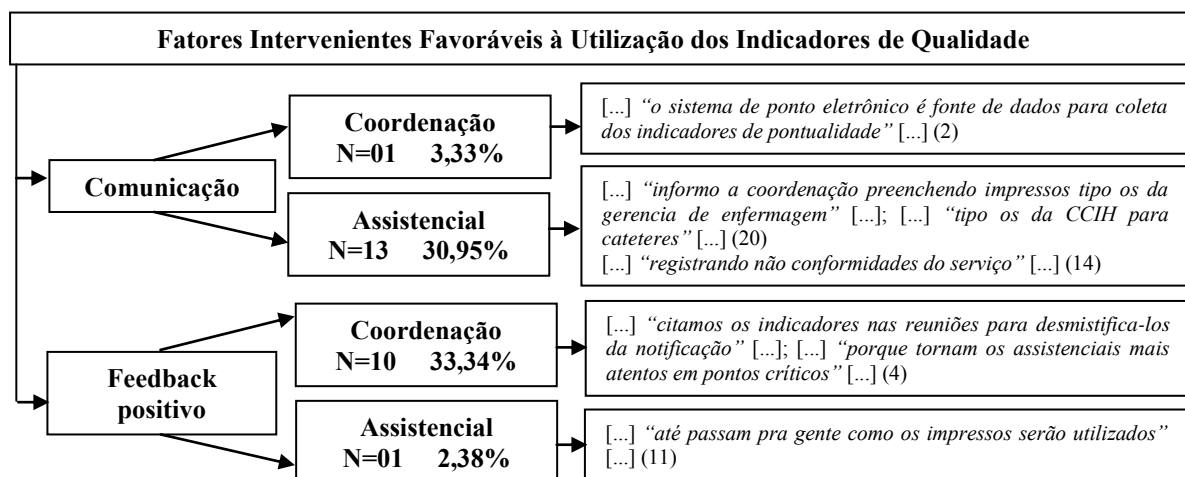


Diagrama 09: Síntese da análise da subcategoria Fatores Favoráveis, da Categoria Fatores Intervinentes à Utilização dos Indicadores de Qualidade, segundo enfermeiras coordenadoras e assistenciais de UTI, Salvador-Ba, 2010

E assim, satisfazer a necessidade das coordenadoras de coletar informações úteis, conforme listam:

[...] citamos os indicadores nas reuniões porque sensibiliza a equipe [...] (4); [...] os indicadores que mais tenho informação é perda acidental de cateteres [...]; [...] é queda de paciente [...]; [...] é flebite [...]; [...] é ulcera por pressão [...]; [...] é extubação acidental [...]; [...] é erro de medicação [...]; [...] é pneumotórax acidental [...] (3)

Conforme a sensibilizada a política de qualidade organizacional, os funcionários envolvidos na melhoria contínua da qualidade são valorizados e sentem satisfação sobre o

serviço, bem como em manter a informação por meio da notificação com protocolos e vias de registro da organização hospitalar, como as enfermeiras assistenciais relatam:

[...] informamos preenchendo o NAS [...] (19); [...] registrando em ocorrência ou impresso de anomalia para coordenação transformar em indicadores [...] (19); [...] registrando os cuidados prestados [...] (14); [...] informando dados a CCIH [...]; [...] informando dados a coordenação [...] (18); [...] informando indisponibilidade de material [...] (6); [...] problemas para gerencia resolver [...] (13); [...] é contexto dos indicadores de qualidade existir uma secreção purulenta no acesso venoso central e comunicar ao plantonista [...] (7); [...] colaboro advertindo quem não respeita as rotinas do serviço [...] (18)

Assim sendo, este estudo permitiu inferências acerca da percepção das enfermeiras coordenadoras e assistenciais, de tal modo que foi possível tecer considerações sobre o gerenciamento de enfermagem para qualidade na UTI.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A busca do conhecimento, desafio que é posto diante do homem, se constitui na sua mais fascinante aventura”.

(RUI VERLINE MOREIRA e JOSÉ A. BARRETO)

Neste estudo, buscou-se compreender a percepção das enfermeiras intensivistas sobre os indicadores de qualidade no gerenciamento da UTI, Considerando o objetivo principal proposto de Analisar a percepção das enfermeiras de UTI sobre a utilização dos IQ's no gerenciamento de enfermagem dessa unidade. Para tanto, utilizou-se como objetivos específicos: 1. Identificar os fatores que influenciam a utilização dos IQ's no gerenciamento e assistência de enfermagem em UTI; 2. Perceber os efeitos dos IQ's no gerenciamento de enfermagem na UTI; e 3. Comparar a percepção das enfermeiras coordenadoras e assistenciais atuantes em UTI, sobre os IQ's.

Para tanto, houve necessidade de tecer estudo sobre a Gestão da Qualidade Total, a Teoria Geral da Administração, os aspectos de aproximação entre a enfermagem e o gerenciamento de unidades produtoras de serviços de saúde e acerca da complexidade dos serviços hospitalares, em específico da UTI.

Juntamente com o conhecimento acerca da percepção, possibilitaram interpretação das informações coletadas por meio das entrevistas semi-estruturadas. As vinte e três participantes da pesquisa constituíram dois grupos: o das enfermeiras coordenadoras (composto por quatro informantes) e o das enfermeiras assistenciais (composto por 19 informantes).

Suas informações permitiram identificação de quatrocentos e oitenta e oito unidades de análise, sendo destas cento e setenta e três pelas enfermeiras coordenadoras e trezentos e quinze pelas enfermeiras assistenciais. Elas foram consideradas como valor absoluto total e separadamente, permitindo ponderações percentuais das categorias e favorecendo comparação de importâncias atribuídas por cada grupo de informantes.

Nesta perspectiva, as unidades de análise subsidiaram interpretações quantitativas e qualitativas, conforme análise de conteúdo proposta pela metodologia, e constituíram quatro categorias e vinte e quatro subcategorias de análise.

As idéias centrais das categorias versam quanto a concepção sobre os IQ, os requisitos necessários, a valorização e os fatores intervenientes da utilização dos IQ no gerenciamento da enfermagem em UTI. Portanto, considerar-se-á as análises originadas desta categorização.

A primeira categoria sobre a Concepção dos IQ foi a principal em destaque pelas enfermeiras coordenadoras e a segunda principal pelas enfermeiras assistenciais. Suas unidades temáticas se associaram à compreensão dos IQ como ferramentas, em seis aspectos: de avaliação, de qualificação de intercorrências, de qualificação assistencial, de qualificação positiva do serviço, de qualificação negativa do serviço e de viabilidade para utilização como apoio administrativo no hospital moderno.

Vigilância da qualidade assistencial permitida, pois identifica os aspectos a serem melhorados; nesta categoria as unidades temáticas evidenciaram o foco das enfermeiras coordenadoras no sucesso final do serviço.

Isto se justifica pelo gerenciamento estar fundamentado nos IQ que associam estatística, satisfação do usuário, aperfeiçoamento contínuo e clareza de objetividade, possibilitando a prevenção de ocorrências adversas no ambiente hospitalar.

Trata-se do modo de planejar conforme os princípios de eficiência e efetividade que sustentam a Gestão da Qualidade Total. Isto permite meios de checagem das causas e efeitos das ações desenvolvidas e implementadas, como normas e rotinas, com vistas à melhoria contínua.

Para tanto, há preocupação com as características de sensibilidade, especificidade, simplicidade, objetividade e baixo custo na validação dos IQ quanto aos fenômenos do serviço. Também existe interesse sobre a veracidade da informação, pois ela subsidia a elaboração dos indicadores e decorrem da notificação de ocorrências adversas, iatrogenias e desempenho profissional da equipe da UTI. Por isto é citada a adoção de sistemas eletrônicos e protocolos de registros que permitem observação direta prospectiva e rastreabilidade dos eventos de modo retrospectivo (sentinela).

A Concepção dos IQ para as enfermeiras assistenciais perpassa, principalmente, pelo aspecto da qualificação assistencial e da avaliação. Foi evidenciada menor significância percentual da concepção como ferramenta de qualificação do serviço, de intercorrências e de viabilidade para utilização, resguardando a não apresentação de unidades temáticas quanto a qualificação negativa do serviço.

Infere-se que estes aspectos ocorrem possivelmente por evidenciarem situações negativas sobre quem é responsável pelo registro das não conformidades.

Deste modo, houve maior compreensão dos IQ como ferramenta de qualificação assistencial, estimulando o estudo sobre os sentimentos que perpassam pela auto-imagem das profissionais com atribuição assistencial na UTI.

Considerando que a construção do conhecimento ocorre através do pensar, agir e sentir, as enfermeiras assistenciais transpõem como unidades temáticas sua realidade experimentada. Deste modo, a compreensão dos IQ expressa as condições de serviço, conforme considerações a seguir: a a excelência do serviço depende que a assistência ideal coincida com a real; a efetividade e a eficácia sustentam a melhoria da pratica profissional e do serviço prestado na UTI; os IQ possibilitam inovações dos processos internos do serviço, conforme suas exigências; os IQ permitem interação entre o objeto, o instrumento e a atividade do trabalho assistencial da UTI; e, a construção da imagem objetivo direciona à pratica de excelência da assistência, do trabalho e das rotinas do serviço da UTI.

A segunda categoria analisada foi sobre os Requisitos Necessários à Utilização dos IQ, sendo a principal em destaque pelo grupo das enfermeiras assistenciais e a segunda principal pelo grupo das enfermeiras coordenadoras.

Suas unidades temáticas expressam sobre dois aspectos subcategóricos, a temática gerencial e a temática profissional. Sobre a primeira, as informações apresentaram duas subcategorias: a supervisão e a promoção da condição de serviço. Quanto a temática profissional, houve seis subcategorias de abrangência: a ética, a assistência, o registro de protocolo, o controle de infecção, a experiência de utilização e o conhecimento. Totalizando oito subcategorias sobre os requisitos necessários à utilização dos IQ no gerenciamento na UTI.

Os dois grupos de informantes apresentaram considerações sobre todas as oito subcategorias, ambos com maior percentual quanto ao aspecto profissional e sobre este, o registro de protocolo foi o mais evidente. Tal situação permitiu inferir que tanto as enfermeiras coordenadoras quanto as assistenciais têm participação e co-responsabilidade na política organizacional de qualidade.

Sobre o aspecto gerencial, foi evidenciada maior atribuição percentual sobre a subcategoria de promoção da condição de serviços pelos dois grupos de informantes. As coordenadoras como preocupação do objetivo final do planejamento multidisciplinar e as assistências como melhoria das normas e rotinas. Estas inferências qualitativas permitiram compreensão valorosa, conforme se pode comentar.

A supervisão é requisito necessário e tem perspectiva amistosa pelas enfermeiras coordenadoras. Ela se faz importante por acompanhar os processos de produção e identificar problemas do serviço. Para as enfermeiras assistenciais, a supervisão é fator de cooperação com a gerência, pois atuam sobre o fazer prático que favorece o controle da qualidade do serviço.

Deste modo, a práxis da enfermeira em UTI perpassa pela ação gerencial do serviço e dos cuidados, fundamentando o saber, a normatização, a avaliação, o agir e decidir do que lhe compete profissionalmente.

Quanto ao aspecto profissional, a subcategoria de registro de protocolo permite notificação e interpretação do serviço. Situação que favorece a tomada de decisão e o controle da infecção, conforme prioridades das coordenadoras. Para as assistenciais, o registro de protocolo tem proximidade com os aspectos da assistência e da ética profissional.

A associação entre as percepções destes dois grupos permite saber que a melhoria da qualidade depende de implementações administrativas e assistenciais conforme apresentação de dados estatísticos oriundos de avaliações dos serviços prestados pela UTI. Tais como: satisfação dos usuários, redução de iatrogenias e de infecções hospitalares.

Sobre o requisito ético, observa-se que ele permeia todas as subcategorias pois influencia o comportamento humano das profissionais frente as suas atribuições e responsabilidades com a política da qualidade. Deste modo, permite compreender importância da informação, da avaliação, da intersectorialidade organizacional, da reestruturação física e interpessoal à melhoria do serviço.

A terceira categoria analisada foi sobre a Valorização da Utilização dos IQ; esta que apresentou o menor percentual de unidades temáticas no grupo das enfermeiras assistenciais.

A valorização citada se relacionam à questão econômica, mas também quanto ao valor da utilização dos IQ a satisfação profissional em se relacionar com esta ferramenta gerencial. Assim, existe correlação com a segurança do paciente frente aos cuidados e com a tomada de decisão conforme metas da organização hospitalar.

De tal modo, estas justificativas de valorização possibilitaram compreender aspectos da satisfação pessoal. Destaca-se que os grupos das informantes atribuem maior importância percentual sobre a satisfação positiva, permitindo considerar que existe relação direta da melhoria do desempenho do serviço com a satisfação de seus funcionários. Lógica cultural da TGA, pois os benefícios da condição social interferem nas condições psicológicas dos indivíduos do processo.

Assim, considera-se o controle da qualidade importante à percepção e aperfeiçoamento à luz da qualidade total. Situação que demonstra o quanto a valorização dos IQ é associado a auto-percepção, consciência crítica e autoconfiança para o atingimento dos resultados de desempenhos esperados.

A quarta categoria de análise tratou sobre os Fatores Intervenientes à Utilização dos IQ e foi a de menor expressividade percentual no grupo de informantes constituído pelas

enfermeiras coordenadoras. Juntamente com as unidades de análise das enfermeiras assistenciais, existiram quatro subcategorias sobre os fatores desfavoráveis à utilização dos IQ: o relacionamento negativo, a ausência de feedback, a subnotificação e o perfil do paciente. Sobre os fatores favoráveis, foram percebidos a comunicação e o feedback positivo.

A importância do *feedback* permite inferir todas as seis categorias identificadas. Ele corresponde ao retorno dos dados coletados após análise e proposta de intervenção. A partir dele existirá satisfação interpessoal, comunicação transparente e fortalecimento da co-participação nas ações de melhoria da qualidade. Portanto, sua prática pelo nível hierárquico administrativo torna público os pontos críticos a serem notificados e melhorados por ações intervenientes.

A subnotificação e o perfil do paciente são contextualizados de modo complementar, pois um decorre do outro e, assim merecem ser considerados na utilização dos IQ.

Deste modo, este estudo considerou tais inferências que satisfizeram os objetivos propostos. Verificaram-se os fatores relacionados à utilização dos IQ e perceberam-se como eles interferem no gerenciamento de enfermagem em UTI.

Assim, espera-se que contribua com a atividade gerencial e assistencial da enfermeira na complexidade administrativa da UTI e permita reflexões sobre a temática.

É importante reconhecer que esta dissertação não esgotou as possibilidades de conhecimento sobre o tema. Por isto entende como recomendável o desenvolvimento de novos objetos de estudo para contribuir com a análise realizada e/ou vislumbrem sobre outras questões nesta temática da enfermagem no gerenciamento da UTI com uso dos indicadores de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALVES, V.L. de S. Competências essenciais para a liderança na enfermagem no enfoque da gestão de pessoas. IN: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K.C. (org). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, p. 75-84, 2009.
- AQUINO, C.R.; GIAPONESI, A.L.L.; SANTOS, I.N. dos S. Enfermagem e acreditação. IN: LEÃO, E.R. et al (orgs). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.
- ANDRADE, L.I.C.C. de. **Inovação gerencial no setor saúde: um estudo sobre a aplicação do balanced scorecard em um hospital privado situado em São Paulo-SP**. 2008, 170 f. (Mestrado em Administração), Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2008.
- AUSTIN, J.L. **Sentido e percepção**. Tradução: Armando Manuel Mora. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- BALSANELLI, A.P. et al. **Competências gerenciais: desafios para o enfermeiro**. São Paulo: Martinari, 2008.
- BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Portugal: Edições 70. 2004.
- BARROS, C.S.M.A. **Avaliação da qualidade dos hospitais públicos baianos segundo o modelo de gestão**. 2005. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.
- BERWICK, D.M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. Tradução: José Carlos Barbosa dos Santos. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1994.
- BITAR, O.J.N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, v. 10, n. 40, p. 87-93, 2008.
- _____. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Parte II. **RAS**, v. 10, n. 40, p. 113-116, 2008.
- BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. **Conferencia iberoamericana sobre docência para la calidade em los servicios de salud: panel iberoamericano de docência y calidad em servicios de salud**. Washington, DC, EUA. Año 75, Vol. 120, No. 3. Marzo de 1996.
- BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto Editora. 1994.

BOHOMOL, E. Ferramentas de qualidade e sua utilização no gerenciamento dos serviços de saúde e de enfermagem. IN: D'INNOCENZO, M. (org). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

BORBA, R.I.H. de; SARTI, C.A. A abordagem do estudo de caso na pesquisa social. IN: MATHEUS, M.C.C.; FUSTINONI, S.M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Medica Paulista Editora, 2006

BORGES, M.; ROSINI, L.J.; MALACHIA, J.L. Indicadores clínicos de gravidade no paciente crítico adulto. IN: LEÃO, E.R. et al (orgs). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

_____. Padrões para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. IN: D'INNOCENZO, M. (org). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

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

BRANDÃO, A.P.S.R. de C. **Satisfação no trabalho em auditoria de enfermagem**. 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

BRASIL. Lei nº 7498 – Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providencias. 1986. Publicada no **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); Seção 1 de 25 de junho de 1986.

_____. Ministério da Saúde. Resolução N°196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Rev. Bioética. Brasília**, v.4, n.2 – Suplemento – p. 15-25, 1996.

CAETANO, K.. A educação permanente na era da informação. IN: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K.C. (org). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, p. 123-130, 2009.

CAMACHO, J.L.T. **Qualidade total para os serviços de saúde**. São Paulo: Nobel, 1998.

CAMPOS, G.W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3 ed. São Paulo: Hucitec. 2007.

CAMPOS, J. de Q. **Manual de administração dos serviços de saúde**. São Paulo: J.Q. Campos. 1988.

CAMPOS, V.F. TQC: **Controle de Qualidade Total (no estilo japonês)**. Belo Horizonte, MG: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1992.

CERQUEIRA, M. de C.M. **Avaliação da qualidade do programa de controle de infecção hospitalar em hospitais públicos de Salvador**. 2005. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

CHANNES, M. Qualidade assistencial na enfermagem. IN: MALAGUTTI, William; CAETANO, K.C. (org). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, p. 61-74, 2009.

CIANCIARULLO, T.I. A avaliação do sistema de assistência de enfermagem como base do desenvolvimento do conhecimento na enfermagem. IN: CIANCIARULLO, T.I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, p. 293-301. 2001.

CIAMPONE, M.H.T.; MELEIRO, M.M. O planejamento e o processo decisório como instrumento do processo de trabalho gerencial. IN: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 37-53. 2005.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução N°189** - Estabelece parâmetros para Dimensionamento do Quatro de Profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde. Brasília, 1996.

_____. **Resolução N°311** – Resolve sobre aplicação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem. Brasília, 2007.

_____. **Resolução N°358** – Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

CORREA, V. **Serviços 5 estrelas: uma introdução à qualidade nos serviços**. Rio de Janeiro: Quality Mark. 1994.

CROSBY, P.B. **Qualidade e investimento**. 7 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

_____. Os 14 passos da melhoria da qualidade não terminam nunca. **Folha de São Paulo**, Folha Management, São Paulo. 1995.

CRUZ, E.A. da et al. Administração e Planejamento em Serviços de Saúde: concepção de graduandas de enfermagem sobre a disciplina. **Gestão em Ação** (Salvador), Salvador - Bahia, v. 8, n. 3, p. 319-327, 2005.

_____. Gadamer e a Teoria Transpessoal de Watson. In: MOREIRA, R.V. de O.; BARRETO, J.A.E. (org). **A Outra Margem - Filosofia, Teorias de Enfermagem e Cuidado Humano**. Fortaleza: Casa de José de Alencar/Programa Editorial, 2001, v., p. 147-172.

_____; SOARES, E. A Tecnologia em Centro Cirúrgico e o Processo de Trabalho do Enfermeiro. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro - RJ, v. 8, n. 1, p. 109-115, 2004.

_____; SILVA, I.A.S. Trabalho da Enfermeira Intensivista: um estudo da estrutura das representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 554-562, 2008.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Tradução: Clave Comunicações e Recursos Humanos. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

D'INNOCENZO, M. (org). **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. São Paulo: Martinari, 2006.

_____. Indicadores organizacionais. IN: D'INNOCENZO, M. (org). **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. São Paulo: Martinari, 2006.

_____; LABBADIA, L.L.; BOHOMOL, E. Proposta de aplicação de indicadores de qualidade em enfermagem. IN: D'INNOCENZO, M. (org). **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde.** São Paulo: Martinari, 2006.

DONABEDIAN, A. Some issue in evaluating the quality of nursing care. **Adm J Public Health**, v.59, n.10, p.1833-1836, 1969.

_____. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Series: Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press. Ann Arbor, v. 1, 1980.

_____. Evolucao de La qualidade de La atencion medica. IN: OPAS, **Investigaciones sobre servicios de salud: uma antologia.** Washinton, DC: OPS, 1992.

DUARTE, I.G.; FERREIRA, D.P. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. **RAS**, v. 10, n. 40, p. 117-123, 2008.

DURKHEIM, E. **Da divisão do trabalho social.** Tradução de Eduardo Brandão. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes. 1999.

ECO, H. **Interpretação e superinterpretação.** Tradução: MF. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes. 2005.

FALK, J.A. **Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações.** São Paulo: Atlas, 2001.

FAZENDA, N.R. dos R.; MOREIRA, V.R.V. O trabalho em equipe. IN: BALSANELLI, A.P. et al (orgs). **Competências gerenciais: desafios para o enfermeiro.** São Paulo: Martinari, 2008.

FELDMAN, L.B. Critérios para avaliar o serviço de enfermagem. IN: D'INNOCENZO, M.; (org). **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde.** São Paulo: Martinari, 2006.

_____. Avaliação do serviço de enfermagem: construção de critérios para análise do serviço. IN: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K.C. (org). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado.** Rio de Janeiro: Editora Rúbio, p. 29-40, 2009.

_____. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: Critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação.** São Paulo: Martinari, 2004.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. IN: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

_____. O trabalho gerencial em enfermagem. IN: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

FERNANDES, M.C.F.L. **Indicadores de qualidade no gerenciamento do cuidado da enfermagem.** 2002. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

FERNANDES, M.V.L.; LACERDA, R.; HALLAGE, N.M. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.19, n.2, p.174-189, 2006.

FIGUEIREDO, N.M.A. de (org). **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora. 2008.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. Tradução de Selma Tannus Muchail. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes. 1999.

GARCIA, S.C.; LAURINO, P.S.; BITENCOURT, C.M. Indicadores de treinamento. IN: LEÃO, E.R. et al (org). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

GASTAL, F.L. **Introdução a indicadores de desempenho**: treinamento por EaD. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006.

GATTI, M.F.Z. et al. Indicador de queda em instituições hospitalares. IN: LEÃO, E.R. et al (org). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

_____; CARVALHO, D.C.M.F. de. Indicadores de problemas relacionados aos medicamentos. IN: LEÃO, E.R. et al (orgs). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

GAUTHIER, J.H.M. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo:Atlas, 2006.

GOMES, M. de L. de F. **Práticas discursivas de planejamento na gestão do serviço**. 2004. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

GUIMARÃES, M.C.L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, 2004.

GUIMARÃES, E.M.P. **Sistemas de informação hospitalar**: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência de unidades funcionais. 2004. 229 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

HELITO, R.A.B. Processos de qualificação e avaliação de serviços de saúde. IN: D'INNOCENZO, M. (org). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

ISHIKAWA, K. **Controle de qualidade total a maneira japonesa**. Tradução por Iliana Torres. Rio de Janeiro: Campos, 1993.

JESUS, E.A. de. **Auditoria interna de enfermagem:** instrumento de administração hoje e amanhã. 2006. 175 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006

JOINT COMMISSION RESOURCES. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem:** enfrentando os desafios hospitalares atuais. Tradução: Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JURAN, J.M. **Controle de qualidade:** conceitos, políticas e filosofia da qualidade. São Paulo: Makron Books, vol. 1, 1991.

_____. **Controle de qualidade:** qualidade nas diversas regiões geográficas e zonas de influencia política. São Paulo: Makron Books, vol. 9, 1993.

_____. **Juran planejando para a qualidade.** Tradução: João Mario Csillag e Claudio Csillag. São Paulo: Livraria Pioneira, 1992.

KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. **Mapas estratégicos:** Balanced scorecard: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. Tradução de Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Elsevier. 2004.

_____. **A estratégia em ação:** balanced scorecard. Tradução de Luiz Euclides Trindade Frazão Filho. Rio de Janeiro: Elsevier. 1997.

KWASNICKA, E.L. **Teoria geral da administração:** uma síntese. São Paulo: Atlas. 2 ed. 1989.

KLETENBERG, D.F. et al. O Processo de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, jan-fev; n. 63 n. 1, p. 26-32, 2010.

KLUCK, M.; GUIMARÃES, J.R.; PROMPT, C.A. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **RAS**, v. 10, n. 40, p. 97-102, 2008.

KOCK, H. **Implementing and sustaining total quality management in health care.** London: Logman, 1992.

KORBES, G. O poder do relacionamento na obtenção de resultados eficazes. **Revista FH**, v. 3, n. 8, p. 38, 2010.

KURCGANT, P. (org). **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU. 1991.

_____. **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

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

_____; MENDONÇA, S.H.F. Indicadores de gerenciamento da dor em adultos. IN: LEÃO, E.R. et al (org). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

LEITÃO, L. Um algo a mais. **Revista FH**, v. 3, n. 8, p. 20-22, 2010.

LEVÍ-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural.** Tradução de Chaim Samuel Katz e Eginardo Pires. 5 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1996.

_____. **Antropologia estrutural dois**. Tradução de Maria do Carmo Pandolfo. 4 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1993.

LIMA, A.A. de F.; PEREIRA, L.L. O papel da enfermeira clinica e o processo de decisão. **Revista Nursing**, v.66, n.6, p. 43-50, 2003.

LIRA, P.O.; QUIDIM, A.V.L. O papel do enfermeiro na gestão de serviços de enfermagem. IN: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K.C. (org). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, p. 283-299, 2009.

LOPES, P.C.; VENDRAMIM, P.; STRAMASSO, L.V. Indicadores relacionados à flebite. IN: LEÃO, E.R.o et al (orgs). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

LUEDY, A. **Sustentabilidade da gestão da qualidade**: um estudo em hospital universitário. 2004. 199 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

MALIK, A.M. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. IN: D'INNOCENZO, Maria. (org.). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1990.

_____. **Metodologia científica**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUES, I.A.B; SILVA, C.P.R.; ALBOLEDA, P. Indicadores administrativos de gestão em enfermagem. IN: LEÃO, E. R. et al (org). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

MARQUES, M.H.D. **Iniciação à semântica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1999.

MARX, L.C. **Competências da enfermagem**: sedimentadas no sistema primary nursing. Petrópolis, RJ: EPUB. 2006.

MASSAROLLO, M.C.K.B.; FERNANDES, M. de F.P. Ética e gerenciamento em enfermagem. IN: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

MATEUS, M.C.C.; FUSTINOLI, S.M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista. 2006.

MATOS-SANTANA, R. **Planejamento estratégico no gerenciamento clinico de enfermagem**. 2001. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

MELO, C.M.M. de. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez. 1986.

MENDES, V.L.P. O papel da Informação para a gestão da qualidade em saúde. In: QualiHosp 2010 - **Seminário Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde, 2010**, São Paulo. Anais do QualisHosp, 2010.

_____. Inovação gerencial na administração pública, cidadania e direitos dos brasileiros. **O & S**, São Paulo, v.8, n.22, p.174-189, 2001.

_____. **Inovação gerencial na administração pública**. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

_____. **Gerenciando qualidade em serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

_____. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. **Rev Brasileira Enferm.**, Brasília, v.46, n.3, p. 211-225, 1993.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: J. C. 2001.

_____. **Qualidade hospitalar: reinventando a administração do hospital**. São Paulo: Cedas. 1992.

_____. A qualidade do sucesso na implantação de iniciativas de qualidade total. **Rev Adm Hospitalar e Saúde**. São Paulo, v.17, n.4, p. 05-10, 1993.

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

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 12 ed. Tradução: Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2006.

_____; MOIGNE, J.L. le. **A inteligência da complexidade**. Tradução de Nirimar Maria Falci. São Paulo: Petrópolis. 2000.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. Tradução: Cecília Whitake Bergamini, Roberto Coda. São Paulo: Atlas, 1996.

MOSCATELO, E. Gestão da qualidade em pacientes oncológicos. IN: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K.C. (org). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 233-240, 2009.

MOTA, N.V. y V. P. da; MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D.M.R. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do programa de qualidade hospitalar. **RAS**, v. 10, n. 40, p. 124-130, 2008.

MOTTA, F.C.P. **Teoria geral da administração: uma introdução**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora. 11 ed. 1984.

_____; VASCONCELOS, I.G. de. **Teoria geral da administração**. 3 ed. 2006.

MOURA, G.M.S.S. de et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.30, n.1, p.136-140, 2009.

MOURA, M.E.B.; TYRREL, M.A.R. A infecção hospitalar no Piauí: a crítica e os aspectos críticos no processo de cuidar-cuidado em enfermagem. **Revista Nursing**, v.66, n.6, p.31-36, 2003.

MORA, J.F. **Dicionário de filosofia**. Tradução de Roberto Leão Ferreira e Álvaro Cabral. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

NEPOMUCENO, L.M.R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.42, n.4, p.665-672, 2008.

NEPOTE, M.H.A. Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores quantitativos e qualitativos. **RAS**, v. 10, n. 40, p. 103-112, 2008.

NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, M.A. de et al. IN: LEÃO, E.R. et al (orgs). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

OLIVEIRA, R.A. de; SANTOS, M. dos. Indicadores relacionados à úlcera por pressão. IN: LEÃO, E.R. et al (org). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Programa de acreditação propõem a buca pela qualidade. **Nursing**, n.31, v.4, p.6-7, 2000.

PASSOS, A.R. **Gestão de uma organização hospitalar: percepção de uma equipe de saúde**. 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009.

PEREIRA, A. **Qualidade dos cuidados de enfermagem: avaliação nos hospitais universitários brasileiros**. 1985. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem – Universidade Federal da Bahia. Salvador. 1985.

PERES, H.H. .C.; LEITE, M.M.J. Sistemas de informação em saúde. IN: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

PINTO, K.A. **A prática da enfermeira em auditoria em saúde**. 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - Salvador, 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). **Manual de indicadores de enfermagem**. São Paulo: APM/CREMESP, 2007.

RÉA-NETO, Á. Et al. **GUTIS: guia da UTI segura**. São Paulo: AMIB. 2010.

RÊGO, G. de L. **Gestão da qualidade: análise da implantação no serviço de enfermagem de um hospital de ensino**. 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. IN: URIBE RIVER, F.J. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ROSSO, F. Sistema para gestão de performance e qualidade em UTIs. **RHB**, v. 8, n.45, p.63, 2010.

RUTHES, R.M. O desafio da enfermagem na gestão do terceiro setor. IN: MALAGUTTI, William; CAETANO, K.C. (org). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, p. 151-160, 2009.

SANTAELLA, L. **A percepção: uma teoria semiótica**. São Paulo: Experimento, 1993. Paulo Iluminuras, 2001.

SARAPIONE, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SANTOS, C.M.F. **Dinâmica do prezer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira**. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SANTOS, S.R. dos. Informatizando o serviço de enfermagem. IN: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K.C. (org). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, p. 101-122, 2009.

SANTOS, T.B.S.; CRUZ, E.A. da. Indicadores de Qualidade em Unidade de Tratamento intensivo: um estudo retrospectivo. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem - CBEn**, 2010, Florianópolis. Organização e Visibilidade Profissional, 2010.

SANTOS, T.B.S. et al. Auditoria em saúde como instrumento de gestão de um plano de saúde privado de autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza-CE: mídia eletrônica ISSN1413-8123, numero suplementar, set/2010.

SANCHES, D. O paciente no centro. **Revista FH**, v. 3, n. 8, p. 24-35, 2010.

SERVO, M.L.S.; CORREIA, V.S. Supervisão da enfermeira em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 4, p. 527-531, 2006.

_____. O pensar, o sentir e o agir da enfermeira no exercício da supervisão na rede SUS local: o (re)velado de uma práxis. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 128-130, 2000.

_____. O pensamento estratégico situacional: Uma possibilidade para a sistematização da supervisão em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, p. 39-59, 2001.

_____, et al. O agir do enfermeiro no exercício da liderança em enfermagem: dificuldades da pratica. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 2, p. 374-377, 2008.

SERVA, M. de F. e A.B.. **Gestão de qualidade: mudanças no trabalho de enfermeiras**. 1999. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – Salvador, 1999.

SILVA, I.A.S. **Trabalho em unidade de tratamento intensivo: representações sociais de enfermeiras**. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - Salvador, 2007

SILVA, C.S. et al. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Rev Gaucha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.2, p.263-271, 2009.

SILVA, C.P.R.; NORA, A.M. Indicadores de qualidade. IN: LEÃO, E.R. et al (orgs). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

_____; BIANCALANA, M.L.N. Indicadores de controle de infecções relacionadas aos serviços de saúde. IN: LEÃO, Eliseth Ribeiro et al. (orgs). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

SILVA, W.S.; CANESIN, A. de C.; BIANCALANA, M.L.N. Avaliação interna no programa de qualidade. IN: LEÃO, Eliseth Ribeiro et al. (orgs). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

SILVA, M.J.P. da O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p.73-88, 2002.

SILVA, R. de C.V. da. **Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: representações sociais das enfermeiras**. 2009. 193f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SIMÃO, K.L.F. Sistemas de informação: uso de indicadores na área hospitalar. IN: LEÃO, Eliseth Ribeiro et al (orgs). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

SOUZA, L.S. A entrevista, o imaginário e a intuição. IN: GAUTHIER, J.H.M et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.

TAHARA, A.T.S. et al. Satisfação do paciente: refinamento de instrumento de avaliação de serviços de saúde. **Rev Brasileira Enferm**, Brasília, v.50, n.4, p.497-506, 1997.

_____. Qualidade do Gerenciamento como Tecnologia do Cuidar. **Texto & Contexto**. Enfermagem, UFSC-Florianópolis-SC, v. 8, n. 2, p. 153-176, 2000.

_____. Análise crítica do Serviço de Enfermagem de um Hospital Universitário. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 19, p. 53-62, 2005.

_____. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar na ótica do cliente. IN: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 50,1998, Salvador. Anais ABEN, p.221. 1998.

TOLOVI, Junior. Porque os programas de qualidade falham? **Rev Adm Empresas**, São Paulo, v.34, n.6, p.47-52, 1994.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 1987.

TRONCHIN, D.M.M.R; MELLEIRO, M.M.; TAKAHASHI, R.T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. IN: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 75 – 88.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: a construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes. 2003.

VALA, J. A análise de conteúdo. IN: SILVA, A.S.; PINTO, J.M. (org). **Metodologia das ciências sociais**. 11 ed. Porto: Edições Afrontamento, p. 101-128, 2001.

VUORI, H.Y. **Quality assurance of health service: concepts and methodology**. Regroval Office for Europe, Copenhagen, 1982.

VIEIRA, M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n.2, p.325-334, 2002.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Tradução de Laura Souza Berquó. Porto Alegre: Artmed. 2010.

YAMAUCHI, N.I. Qualidade gerencial do enfermeiro. IN: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K.C. (org). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, p. 41-60, 2009.

ZANON, U.; CHAVES, P.L.L.; SENRA, E.F. Frequência de complicações não infecciosas: um indicador objetivo da qualidade da assistência médico-hospitalar. **RAS**, v. 10, n. 40, p. 94-96, 2008.

ZATTI, M.L.R. **Vínculos empregatícios e comprometimento da enfermeira no trabalho hospitalar**. 2007. 200f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - Salvador, 2007

APÊNDICE A



Instrumento para Coleta de Dados

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

Dados de Identificação do perfil sócio-demográfico

Iniciais do nome: _____ N° do Instrumento: _____

Faixa etária:

() < 30 anos, () 31-35 anos, () 36-40 anos, () 41-45 anos, () 46-50 anos, () > 51 anos

Tempo de formação: _____ Tempo de utilização dos IQ: _____

Tempo de atuação na Organização: _____ Unidade que presta cuidados: _____

Pós-Graduação: _____

Formação Complementar: _____

Questionamento sobre a percepção da qualidade

1. O quê você entende como indicador de qualidade?
2. Como você vê o controle da qualidade no desenvolvimento das suas atividades profissionais nesta Unidade de Tratamento Intensivo?
3. Fale sobre sua participação no controle de qualidade nesta Unidade de Tratamento intensivo.
4. Como é desenvolvida aplicação do controle de qualidade na Unidade de Tratamento Intensivo que você atua?
5. Fale da sua experiência na utilização dos indicadores de qualidade no desenvolvimento de suas atividades desde o início de sua atuação nesta unidade.

APÊNDICE B



Carta ao Comitê de Ética

Ao Ilmo. Dr.º Mittermayer B. Santiago
DD: Presidente do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Santa Isabel.

Prezado Senhor,

Vimos pelo presente solicitar à V. Sra. autorização para coletar dados nas Unidades de Tratamento Intensivo desta conceituada organização hospitalar.

Esta etapa faz parte da pesquisa intitulada Percepção das enfermeiras sobre indicadores de qualidade no gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo.

Esta pesquisa tem como objetivo principal de Analisar a percepção das enfermeiras de UTI sobre a utilização dos IQ's no gerenciamento de enfermagem dessa unidade. Como objetivos específicos, buscou-se: 1. Identificar os fatores que influenciam a utilização dos IQ's no gerenciamento e assistência de enfermagem em UTI; 2. Perceber os efeitos dos IQ's no gerenciamento de enfermagem na UTI; e 3. Comparar a percepção das enfermeiras coordenadoras e assistenciais atuantes em UTI, sobre os IQ's.

Esclarecemos que a população a ser contactada será de enfermeiras(os) atuantes em UTI de adulto, cujos componentes concordarem voluntariamente em participar do estudo.

Informamos que acataremos todas as orientações da resolução 196/96 do MS sobre pesquisa envolvendo seres humanos e para tanto, apresentamos em anexo o termo de consentimento esclarecido. O tempo previsto para coleta de dados será de 4 (quatro) meses e ocorrerá após aprovação do Comitê de Ética desta organização hospitalar e do vosso consentimento.

Para tanto, solicitamos o termo de autorização para o desenvolvimento deste projeto. Nos colocamos à disposição para esclarecimentos e possível complementação documental.

Atenciosamente,

Thadeu Borges Souza Santos
Mestrando em Enfermagem da UFB

Prof. Dra. Enêde Andrade da Cruz
Orientadora. Depto. de Enfermagem da EEUFBA

APÊNDICE C



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME: _____ DOC. IDENTIDADE: _____
SEXO: () MASC. () FEM. NASCIMENTO: _____ TEL: _____
ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ CEP _____

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Percepção das enfermeiras sobre indicadores de qualidade no gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo

PESQUISADOR: Thadeu Borges Souza Santos

CARGO FUNÇÃO: Enfermeiro, discente de curso de Mestrado em Enfermagem.

UNIDADE: Universidade Federal da Bahia.

AVALIAÇÃO DE RISCO DA PESQUISA: nenhum.

DURAÇÃO DA PESQUISA: quatro meses

III. INFORMAÇÕES AO COLABORADOR

Eu, Thadeu Borges Souza Santos, aluno do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia venho convidá-lo para participar da pesquisa intitulada "Indicadores de qualidade no gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo: percepção das enfermeiras intensivistas". A pesquisa pretende contribuir para a melhoria da gestão/gerência em unidades de tratamento intensivo. Traçamos como objetivos objetivo principal de Analisar a percepção das enfermeiras de UTI sobre a utilização dos IQ's no gerenciamento de enfermagem dessa unidade. Como objetivos específicos, buscou-se: 1. Identificar os fatores que influenciam a utilização dos IQ's no gerenciamento e assistência de enfermagem em UTI; 2. Perceber os efeitos dos IQ's no gerenciamento de enfermagem na UTI; e 3. Comparar a percepção das enfermeiras coordenadoras e assistenciais atuantes em UTI, sobre os IQ's.

Com este documento, fornecemos informações sobre a pesquisa, para a sua compreensão e possível participação que será de forma voluntária. Você terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996. Não haverá benefícios financeiros, quer seja para mim como pesquisadora ou participante. A coleta de dados será realizada através da entrevista semi-estruturada, com datas e hora acordadas entre o pesquisador e o participante. O material (questionário, gravação, etc) será guardado por cinco anos, e ao final você poderá tê-las e ou autorizar a destruição delas. Para manter o sigilo e o anonimato, sua fala receberá um nome fictício. Os resultados da pesquisa serão transformados em documentos escritos. As transcrições estarão disponíveis para análise em qualquer tempo. Você receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Se houver desistência ou impossibilidade de realização da entrevista, ambas as partes podem marcar outro dia com data e horário.

Declaro que recebi esclarecimentos sobre a pesquisa em andamento e li as informações e não tenho dúvidas de que não recebi benefícios financeiros e que concordo participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidade

Salvador-BA, ____ / ____ / ____ Local, _____

Assinatura do Informante

Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE D

Categorização das Unidades de Análise das Enfermeiras Coordenadoras Categoria 1 – Concepção de Indicadores de Qualidade no Gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Ferramenta (CIQfer)	
Avaliação (CIQfav)	<p>[...] “com os indicadores avalio a ocorrência de queda” [...]; [...] “com os indicadores avalio a ocorrência de perda de acesso” [...]; [...] “os indicadores são avaliados pelos coordenadores de enfermagem” [...]; [...] “o indicador eletrônico é um meio que minimiza o erro de medicação” [...]; [...] “a tecnologia ajuda a intervir na melhoria dos indicadores” [...]; [...] “controle da qualidade é fundamental, pois conhecemos as iatrogenias” [...]; [...] “controle da qualidade é fundamental, pois notificamos as iatrogenias” [...]; [...] “os indicadores servem como parâmetros de avaliação” [...]; [...] (2); [...] “conhecemos o desempenho da unidade pelos indicadores” [...]; [...] “a gerencia de enfermagem acompanha todos os indicadores como ferramenta de gerenciamento” [...]; [...] (3); [...] “a coordenação utiliza os indicadores para verificar resultados” [...]; [...] “a coordenação utiliza os indicadores para avaliar melhorias do serviço” [...]; [...] “sem indicadores não se consegue avaliar” [...]; [...] “com os indicadores avalio a ocorrência de úlceras de pressão” [...] (4)</p>
Quantificação de Intercorrênci (CIQqui)	<p>[...] “são os indicadores que monitoram as ocorrências adversas” [...]; [...] “são os indicadores que fundamentam medidas para evitar novos casos” [...] (1)</p>
Assistencial (CIQqas)	<p>[...] “é o indicador que qualifica a assistência” [...]; [...] “são os indicadores que monitoram anomalias” [...]; [...] “a utilização dos indicadores melhoram a qualidade da assistência” [...]; [...] “os indicadores de qualidade são positivos, pois refletem a assistência” [...]; [...] “o perfil do paciente ser clínico ou cirúrgico altera a utilização dos indicadores” [...]; [...] “a comorbidade interfere nos indicadores” [...]; [...] “o perfil do paciente ser clínico ou cirúrgico altera a utilização dos indicadores” [...]; [...] “a comorbidade interfere nos indicadores” [...] (1); [...] “úlceras de pressão é indicador de qualidade assistencial” [...]; [...] “perda de cateteres acidentalmente é indicador de qualidade assistencial” [...]; [...] “queda de paciente é indicador de qualidade assistencial” [...]; [...] “flebite é indicador de qualidade assistencial” [...]; [...] “infecções são indicadores de qualidade assistencial” [...] (2); [...] “sinalizam sobre os resultados esperados pelo cliente” [...]; [...] “sinalizam sobre a assistência prestada pela equipe” [...]; [...] “a coordenação utiliza os indicadores para avaliar melhorias da assistência” [...] (4)</p>
Serviço positivo (CIQqsp)	<p>[...] “são os indicadores que são utilizados para verificação das coordenadoras” [...]; [...] “com os indicadores avalio os protocolos da instituição” [...]; [...] “observo melhora da unidade com a implantação da qualidade” [...]; [...] “observo que o hospital tem melhorado com a implantação da qualidade” [...] (1); [...] “os indicadores de qualidade são ferramentas importantes para conhecer o perfil da unidade” [...]; [...] “os indicadores de qualidade são ferramentas que melhoram a qualidade do serviço” [...]; [...] “os indicadores de qualidade são ferramentas que melhoram o padrão do serviço” [...]; [...] “os indicadores de qualidade são ferramentas que melhoram os nossos pontos fracos” [...]; [...] “os indicadores identificam as atividades realizadas” [...]; [...] “os indicadores são utilizados em função do serviço” [...]; [...] “numero de pessoal é indicador estrutural” [...]; [...] “numero de pacientes é indicador estrutural” [...]; [...] “numero de leitos é indicador estrutural” [...]; [...] “taxa de absenteísmo é indicador estrutural” [...]; [...] “os indicadores são padronizados em todas as UTIs” [...] (2); [...] “os indicadores de qualidade que temos estão em conformidade com os parâmetros padronizados” [...]; [...] “temos também indicadores administrativos” [...]; [...] “o indicador permite a melhoria contínua do serviço” [...] (3); [...] “são informações do sucesso do serviço” [...]; [...] “são informações que expressam as necessidades do serviço” [...]; [...] “sinalizam sobre expectativas para o serviço” [...] (4); [...] “sinalizam sobre os resultados</p>

	<i>financeiros” [...]; [...] “podemos comparar os indicadores sobre os serviço” [...]; [...]</i> “podemos comparar os indicadores sobre os períodos de trabalho” [...]; [...]
Serviço negativo (CIQqsn)	<i>financeiros” [...]; [...] “podemos comparar os indicadores sobre os serviço” [...]; [...]</i> “podemos comparar os indicadores sobre os períodos de trabalho” [...]; [...]
Viabilidade de utilização (CIQvut)	<i>financeiros” [...]; [...] “podemos comparar os indicadores sobre os serviço” [...]; [...]</i> “podemos comparar os indicadores sobre as mudanças de rotinas” [...]

Categoria 2 – Requisitos Necessários à Utilização dos Indicadores de Qualidade no Gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Gerencia (RNQger)	
Supervisão (RNQsup)	[...] “as gerentes acompanham muito o serviço pelos indicadores” [...]; [...] “buscamos identificar onde está o problema da infecção: na passagem da sonda, na higienização, no tempo de permanência, na coleta errada da urocultura” [...] (3)
Promoção da condição de serviço (RNQpcs)	[...] “criamos indicadores que dão parâmetros da qualidade do serviço de enfermagem” [...]; [...] “a melhoria é contínua com os indicadores de qualidade” [...]; [...] “o serviço de psicologia se envolve com os indicadores sociais da visita” [...] (2); [...] “não adianta só apontar o indicador, tenho que analisar” [...]; [...] “o indicador de qualidade tem correlação com o indicador médico de risco de morte do paciente grave (APACHE)” [...]; [...] “o indicador tem correlação com a média nacional” [...]; [...] “o indicador tem correlação com a média de ocorrências iatrogênicas das unidades do complexo de UTIs” [...]; [...] “coleta dos dados sobre infecção é feita pelo Serviço de controle de infecção hospitalar” [...] (3); [...] “o coordenador da unidade tem maior preocupação com a qualidade do serviço” [...]; [...] “a coordenação utiliza os indicadores para direcionar rotinas” [...]; [...] “os indicadores norteiam o serviço para acreditação” [...]; [...] “os indicadores norteiam o serviço para a qualidade total” [...]; [...] “os indicadores norteiam o serviço para melhoria” [...] (4)
Profissional (RNQpro)	
Ético (RNQeti)	[...] “não há intenção de comparação entre as UTI” [...]; [...] “até sabemos quais os indicadores utilizados das outras unidades” [...]; [...] “acontece negligência na notificação dos indicadores pelos profissionais para se protegerem” [...] (1)
Assistência (RNQass)	[...] “a enfermeira assistencial se preocupa, mas o foco do seu trabalho é o cuidado” [...] (4)
Registro de protocolo (RNQrpr)	[...] “são notificações de ulcera de pressão” [...]; [...] “são notificações de hiperemia” [...]; [...] “são notificações de flebite” [...]; [...] “são notificações de queda” [...]; [...] “são notificações de erro de medicação” [...]; [...] “são notificações de perda de acesso” [...]; [...] “as anomalias são indicadores sinalizados pela enfermeira assistencial” [...]; [...] “os indicadores são protocolos preenchidos pelo enfermeiro da assistência” [...]; [...] “os dados são sinalizados pelos enfermeiros assistenciais” [...] (1); [...] “fizemos o protocolo de pneumonia associada à ventilação mecânica após identificar a taxa de infecção dessa” [...] (3)
Controle de infecção (RNQinf)	[...] “o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar se envolve com os indicadores de infecção” [...]; [...] “o serviço de higienização se envolve na segregação de resíduos” [...] (2); [...] “o Serviço de controle de infecção hospitalar faz crítica sobre a taxa de infecção” [...] (3)
Experiência de utilização (RNQexu)	[...] “já trabalhamos há muito tempo com os indicadores” [...] (1); [...] “já trabalhamos com os indicadores desde a mudança da gerencia, há 12 anos” [...]; [...] “já aperfeiçoamos os serviços nestes anos de gerenciamento da qualidade” [...]; [...] “usamos os indicadores de anomalias” [...]; [...] “a leitura do prontuário é fonte de dados para coleta dos indicadores de qualidade” [...] (2)
Conhecimento (RNQcon)	[...] “criamos ferramentas de qualidade, mas nada substitui o treinamento” [...] (2); [...] “tenho que saber o que o indicador quer me dizer” [...]; [...] “tenho que saber sobre perfil de paciente para associar aos indicadores de qualidade da unidade” [...]; [...] “os enfermeiros entendem a importância dos indicadores” [...]; [...] “os técnicos de enfermagem dão importância aos indicadores” [...] (3); [...] “treinamos para qualidade do serviço desde o momento admissional” [...] (4)

Categoria 3 - Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade no Gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Controle da qualidade (VIQcoq)	
Favorável (VIQfal)	[...] “controle da qualidade fundamentam a necessidade de treinamentos” [...]; [...] “controle da qualidade fundamentam a necessidade de aperfeiçoamento de pessoal” [...]; [...] “o serviço de recursos humanos se envolve com a melhoria dos indicadores treinando os profissionais” [...] (2); [...] “os indicadores são ferramentas positivas a coordenação da unidade” [...] (3); [...] “os indicadores são vantajosos” [...]; [...] “os indicadores são importantes” [...]; [...] “justificam necessidades de capacitações da equipe” [...]; [...] “justificam necessidades de capacitação profissional” [...] (4)
Desfavorável (VIQdes)	[...] “é praticamente impossível acabar com todas as falhas que permitem um indicador negativo” [...]; [...] “tentamos intervir nos meios que permitem identificar a falha de determinado indicador” [...] (2)
Satisfação Pessoal (VIQpes)	
Positiva (VIQpep)	[...] “tenho muito cuidado com a informação dos indicadores” [...]; [...] “existe uma série de fatores que contribuem para a utilização de indicadores” [...]; [...] “já fui assistencial nesta unidade e observo bem os processos assistenciais” [...]; [...] “já fui assistencial nesta unidade e observo bem os processos assistenciais” [...]; [...] “já fui assistencial nesta unidade e observo bem os processos da coordenação” [...] (1); [...] “o indicador de qualidade norteia meu serviço” [...]; [...] “o indicador de qualidade direciona meu serviço” [...]; [...] “minha participação é identificar o problema” [...]; [...] “minha participação é raciocinar com a equipe sobre os fatos que acontecem” [...]; [...] “me comunico com a equipe pelos relatos em ocorrência” [...] (3); [...] “são norteadores do serviço” [...]; [...] “avalio os resultados comparando os indicadores com a supervisão direta das assistenciais” [...]; [...] “avalio com proximidade a assistência prestada” [...]; [...] “analizo os indicadores administrativos para verificar o andamento eficiência do serviço” [...]; [...] “analizo os indicadores administrativos para verificar o andamento efetividade da assistência ” [...]; [...] “informo os indicadores em reunião com a equipe assistencial” [...]; [...] “analiso os indicadores quando elaboro os relatórios da coordenação” [...] (4)
Negativa (VIQpen)	[...] “é uma falha minha como coordenadora repassar pouco sobre os indicadores aos subordinados” [...] (3)

Categoria 4 – Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade e Gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Desfavoráveis (FIQdes)	
Relacionamento negativo (FIQren)	[...] <i>“as anomalias podem representar falta de coleguismo”</i> [...] (4)
Ausência de feedback (FIQafe)	[...] <i>“é nossa falha repassar pouco sobre os indicadores aos subordinados”</i> [...]; [...] <i>“repassar somente duas vezes por ano não dá noção aos subordinados sobre importância dos indicadores”</i> [...]; [...] <i>“repassar somente duas vezes por ano não dá noção aos subordinados sobre a importância deles informarem as ocorrências adversas”</i> [...]; [...] <i>“repassar somente duas vezes por ano não dá noção aos subordinados sobre o grau de importância dele para o controle da qualidade”</i> [...] (3)
Subnotificação (FIQsub)	[...] <i>“temos dificuldade de monitorar alguns indicadores como erro de medicação”</i> [...]; [...] <i>“acontece negligência na notificação dos indicadores pelos profissionais para se protegerem”</i> [...] (1); [...] <i>“alguns indicadores são sub-notificados por medo de punição”</i> [...]; [...] <i>“erro de medicação é um indicador sub-notificado”</i> [...]; [...] <i>“erro de medicação é um indicador sub-notificado”</i> [...] (2); [...] <i>“as enfermeiras assistenciais tem resistência em notificar informações”</i> [...]; [...] <i>“há dificuldade de notificar dados assistências”</i> [...]; [...] <i>“os assistenciais dão pouca importância a notificação dos indicadores”</i> [...]; [...] <i>“é possível ser causa de resistência em notificação o termos anomalia”</i> [...]; [...] <i>“a própria dinâmica do plantão assistencial prejudica priorizar a notificação dos indicadores”</i> [...] (4)
Perfil do paciente (FIQppa)	[...] <i>“o perfil de paciente idoso piora os indicadores de qualidade para integridade da pele”</i> [...]; [...] <i>“paciente com sepse piora os indicadores de qualidade como um todo”</i> [...]; [...] <i>“paciente neurológico traz piores indicadores no geral”</i> [...]; [...] <i>“pacientes oncológicos traz piores indicadores”</i> [...] (3)
Favoráveis (FIQfac)	
Comunicação (FIQcom)	[...] <i>“o sistema de ponto eletrônico é fonte de dados para coleta dos indicadores de pontualidade”</i> [...] (2)
Feedback positivo (FIQfep)	[...] <i>“o indicador que mais tenho informação é perda acidental de cateteres”</i> [...]; [...] <i>“o indicador que mais tenho informação é queda de paciente”</i> [...]; [...] <i>“o indicador que mais tenho informação é flebite”</i> [...]; [...] <i>“o indicador que mais tenho informação é ulcera por pressão”</i> [...]; [...] <i>“o indicador que mais tenho informação é extubação acidental”</i> [...]; [...] <i>“o indicador que mais tenho informação é erro de medicação”</i> [...]; [...] <i>“o indicador que mais tenho informação é pneumotórax acidental”</i> [...] (3); [...] <i>“citamos os indicadores nas reuniões porque sensibiliza a equipe”</i> [...]; [...] <i>“citamos os indicadores nas reuniões porque desmistifica a notificação”</i> [...]; [...] <i>“citamos os indicadores nas reuniões porque tornam os assistenciais mais atentos em pontos críticos”</i> [...] (4)

APÊNDICE E

Categorização das Unidades de Análise das Enfermeiras Assistenciais

Categoria 1 – Concepção de Indicadores de Qualidade no gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Ferramenta CIQfer	
Avaliação CIQfav	[...] “é forma de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem” [...] (1); [...] “corrigindo ações que melhorem a assistência” [...] (1); [...] “é importante ter esse controle para avaliar o reflexo da nossa assistência em conjunto” [...] (2); [...] “é importante por permitir avaliação do trabalho” [...] (2); [...] “é importante por avaliar se estamos prejudicando a assistência” [...] (2); [...] “são dados que servem para avaliar a assistência como um todo” [...] (2); [...] “é tudo que se pode avaliar do serviço” [...] (3); [...] “é avaliação do serviço” [...] (3); [...] “são dados que demonstram a qualidade da assistência” [...] (4); [...] “são critérios para avaliar parâmetro de qualidade da unidade” [...] (6); [...] “são critérios para avaliar a assistência prestada” [...] (6); [...] “são instrumentos que servem para avaliação do serviço” [...] (8); [...] “são dados que a instituição notifica para críticas de melhoria” [...] (9); [...] “os indicadores estão presentes nas avaliações da coordenação” [...] (9); [...] “os indicadores estão presentes nas avaliações da CCIH” [...] (9); [...] “observo o desenvolvimento do serviço” [...] (9); [...] “são formas de avaliação da assistência prestada” [...] (11); [...] “descreve itens a serem avaliados” [...] (20); [...] “são ferramentas para respaldar comparações avaliativas” [...] (20); [...] “são ferramentas que avaliam periodicamente a unidade” [...] (20); [...] “são ferramentas que avaliam periodicamente o hospital” [...] (20); [...] “podem ser sobre infecção, lesão da pele, qualidade da assistência” [...] (21); [...] “indicadores surgem da preocupação da gente em melhorar nossos resultados” [...] (20); [...] “os indicadores permitem verificar os resultados do serviço” [...] (20); [...] “os indicadores permitem verificar a efetividade do serviço” [...] (20); [...] “respeito a padronizações de rotinas assistenciais” [...] (20); [...] “atendo as rotinas que a coordenadora sinaliza” [...] (21); [...] “analiso itens de carga de trabalho que o paciente exige” [...] (19); [...] “são instrumentos que verificam aspectos positivos e negativos da assistência” [...] (20); [...] “os indicadores avaliam o serviço como efetivo, adequado, positivo” [...] (20); [...] “os indicadores facilitam a avaliação da equipe” [...] (23); [...] “os indicadores facilitam a avaliação do serviço” [...] (23)
Quantificação de intercorrências CIQqui	[...] “é o que quantifica se o serviço tem grande quantidade de úlceras de pressão” [...] (13); [...] “é o que quantifica se o serviço tem grande quantidade de flebite” [...] (13); [...] “é o que quantifica se o serviço tem grande quantidade de queda no leito” [...] (13); [...] “é o que quantifica se o serviço tem grande quantidade de acidente de punção” [...] (13); [...] “os indicadores são representações numéricas do serviço” [...] (23); [...] “os indicadores são apresentados como taxas, índices ou percentuais” [...] (23)
Qualificação CIQqua	
Assistencial CIQqas	[...] “são expressões da qualidade da assistência” [...] (1); [...] “melhora a assistência” [...] (3); [...] “identificando problemas do serviço por meio da assistência ao paciente” [...] (3); [...] “são dados que demonstram a situação da assistência” [...] (5); [...] “os impressos do NAS são essenciais a assistência” [...] (5); [...] “os impressos de controle de cateter são essenciais a assistência” [...] (5); [...] “são dados para saber coerência de assistência boa ou ruim” [...] (6); [...] “são parâmetros que permitem dar segurança ao profissional” [...] (10); [...] “são parâmetros que permitem dar melhor assistência” [...] (10); [...] “são fatores que influenciam diretamente na

	<p><i>assistência</i> [...] (11); [...] <i>“os números de infecções quantificam a qualidade da assistência”</i> [...] (11); [...] <i>“os números de lesões quantificam a assistência”</i> [...] (11); [...] <i>“é o que nos orienta a tá buscando a qualidade da assistência”</i> [...] (13); [...] <i>“temos dados qualitativos sobre ulcera de pressão”</i> [...] (13); [...] <i>“é interessante porque nos desperta o interesse de observar como a unidade está mais invasiva”</i> [...] (1); [...] <i>“ajuda agente a mudar o padrão de diluição de medicações que não são recomendadas administrar em acesso venoso periférico”</i> [...] (3); [...] <i>“tentamos melhorar os dados na prática”</i> [...] (13); [...] <i>“utilizamos estratégias assistenciais para melhorar o serviço”</i> [...] (13); [...] <i>“avaliamos as rotinas para melhorar o serviço”</i> [...] (13); [...] <i>“acompanhamos a prestação da assistência para perceber influencias nos indicadores”</i> [...] (13); [...] <i>“indicadores se referem sobre o nosso trabalho”</i> [...] (16); [...] <i>“indicador é fator que indica nível assistência prestada”</i> [...] (18); [...] <i>“indicador corresponde as conseqüências da minha assistência”</i> [...] (18); [...] <i>“são parâmetros que verificam a assistência prestada ao paciente”</i> [...] (19); [...] <i>“são pertinentes para não termos assistência fragmentada”</i> [...] (20); [...] <i>“compreendo que são índices de representação da analise aspectos assistenciais”</i> [...] (21); [...] <i>“os indicadores refletem negligencias assistenciais como lavagem das mãos”</i> [...] (21); [...] <i>“os indicadores refletem negligencias assistenciais como indicar lesões”</i> [...] (21); [...] <i>“os indicadores refletem negligencias assistenciais como pontuar gravidade do paciente”</i> [...] (21); [...] <i>“indicadores refletem minha competência técnica”</i> [...] (23); [...] <i>“são importantes por conhecer a eficiência do serviço”</i> [...] (22); [...] <i>“os indicadores são importantes qualificar a assistência”</i> [...] (18); [...] <i>“pelo indicador dá pra perceber a conseqüência do processo do cuidado”</i> [...] (18); [...] <i>“são importantes por conhecer a eficiência da assistência”</i> [...] (22); [...] <i>“é importante porque quando agente registra, começamos a despertar sobre o perfil de assistência que prestamos”</i> [...] (1); [...] <i>“os indicadores permitem verificar a pratica da assistência”</i> [...] (20)</p>
Serviço positivo CIQqsp	<p>[...] <i>“preencho impressos de gravidade de paciente que ajudam em decisões administrativas”</i> [...] (5); [...] <i>“preencho impressos de numero de pacientes que ajudam em decisões administrativas”</i> [...] (5); [...] <i>“preencho impressos de numero de internação que ajudam em decisões administrativas”</i> [...] (5); [...] <i>“preencho impressos de numero de cateteres que ajudam em decisões administrativas”</i> [...] (5); [...] <i>“o controle da qualidade é importante por dar oportunidade a serviços de excelência”</i> [...] (6); [...] <i>“são dados para melhorar o serviço”</i> [...] (7); [...] <i>“objetiva-se qualidade do serviço”</i> [...] (16); [...] <i>“são importantes por conhecer a efetividade do serviço”</i> [...] (22); [...] <i>“os indicadores também medem o grau de eficiência do serviço”</i> [...] (23)</p>
Viabilidade de utilização CIQvut	<p>[...] <i>“não adianta só uma pessoa esta envolvida no controle da qualidade”</i> [...] (13); [...] <i>“a qualidade requer envolvimento dos todos”</i> [...] (13); [...] <i>“a qualidade tem haver com as rotinas”</i> [...] (16)</p>

Categoria 2 – Requisitos Necessários dos Indicadores de Qualidade no Gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Gerencia (RIQger)	
Supervisão (RIQsup)	<p>[...] “supervisiono os técnicos de enfermagem no desenvolvimento dos cuidados” [...]; [...] “vigiando os técnicos quanto a quebra de precauções de isolamento” [...]; [...] “vigiando os técnicos quanto a lavagem das mãos” [...]; [...] “vigiando os médicos quanto a quebra de precauções de isolamento” [...]; [...] “vigiando os médicos quanto a lavagem das mãos” [...] (5); [...] “acompanhando checagem correta das medicações” [...]; [...] “supervisionando se os técnicos não estão fazendo os sinais vitais erroneamente” [...]; [...] “supervisionando a mudando do decúbito dos pacientes porque podemos ter mais números de úlceras de pressão” [...] (6); [...] “são instrumentos utilizados para o gerenciar” [...] (8); [...] “controlando ativamente a qualidade da assistência” [...] (10); [...] “observando quais funcionários estavam escalados para prestar cuidados aos pacientes que apresentam infecção” [...]; [...] “capacidade de observação da prática assistencial” [...]; [...] “na pratica temos de controlar a coleta dos indicadores” [...] (11);</p>
Promoção da condição de serviço (RIQpcs)	<p>[...] “passamos a ser mais criteriosas” [...] (5); [...] “o controle da qualidade é importante quando a intenção é prestar cuidado ao paciente” [...]; [...] “a coordenação de enfermagem faz estudo quanto a qualidade dos cuidados prestados” [...] (6); [...] “tudo é notificado para a gerencia utilizar nas reuniões” [...]; [...] “é contexto da qualidade quando se sabe o perfil dos pacientes internados pelo NAS” [...] (7); [...] “o controle de qualidade funciona para fatos relacionados à empresa” [...]; [...] “o controle de qualidade visa a funcionalidade do serviço” [...]; [...] “o controle de qualidade visa à funcionalidade para melhorar a eficiência da empresa” [...]; [...] “possibilito serviços de intervenções ao paciente” [...]; [...] “sendo cobrada em seguir as rotinas” [...] (8); [...] “selecionando os tipos de lixos a serem desprezados” [...] (9); [...] “é interessante já que no dia-dia nos dedicamos somente ao fazer rotineiro” [...]; [...] “após ações de cobrança de preenchimento de impressos” [...] (11); [...] “através do dimensionamento de pessoal por gravidade e numero de pacientes” [...]; [...] “os indicadores da coordenação são para reuniões de diretoria e gerência” [...] (13); [...] “indicadores ajudam na tomada de decisões” [...]; [...] “indicadores ajudam a aperfeiçoar o serviço” [...] (16); [...] “indicador se refere a melhora de casos de iatrogenias pelo tratamento” [...]; [...] “os processos podem ser interferidos após análise dos indicadores” [...]; [...] “o indicador permite descobrir qual o problema do processo a ser aperfeiçoado” [...]; [...] “somos cobradas para termos um bom indicador de qualidade do serviço” [...] (18); [...] “são bons para orientar quanto as rotinas” [...]; [...] “melhoram o gerenciamento do enfermeiro” [...]; [...] “permite atingir as metas” [...] (20); [...] “os indicadores dão propriedade comprobatória para melhoria das rotinas” [...]; [...] “os indicadores aperfeiçoa o serviço” [...] (21); [...] “os indicadores justificam novas orientações de procedimentos” [...]; [...] “os indicadores justificam novas orientações de rotinas” [...] (23);</p>
Profissional (RIQpro)	
Ético (RIQeti)	<p>[...] “mantendo o compromisso profissional” [...] (5); [...] “o controle da qualidade é essencial para cuidarmos livre de danos e riscos” [...]; [...] “na minha experiência, aplicamos o controle de qualidade quando fazemos avaliação do nosso compromisso profissional” [...] (6); [...] [...] “atendendo os pacientes com responsabilidade profissional” [...] (9); [...] “trabalhado eticamente” [...] (10); [...] “comprometendo-se com a melhora do paciente” [...] (10); [...] “desenvolvo as obrigações assistenciais” [...] (11) “busco identificar os riscos ao paciente” [...]; [...] “tento fazer minha parte colaborando para não ter ocorrência de iatrogenias” [...] (13); [...] “participo fazendo com que esses indicadores sejam dados verdadeiros” [...]; [...] “coletamos dados</p>

	<p><i>corretamente por conhecer a importância dos indicadores” [...]; [...]</i> <i>“orientamos comportamentos por eles determinarem reflexos nos indicadores”</i> <i>[...]; [...]</i> <i>“a qualidade está intrínseca no compromisso profissional” [...]; [...]</i> <i>“a</i> <i>qualidade tem haver com o compromisso ético” [...]</i> (16); [...] <i>“o compromisso</i> <i>profissional está associado ao bom desempenho” [...]</i> (19) [...] <i>“colaboro me</i> <i>policinando” [...]; [...]</i> <i>“colaboro sendo competente e correta na minha pratica”</i> <i>[...] (20); [...]</i> <i>“agente se policia” [...]; [...]</i> <i>“atuando com compromisso</i> <i>profissional” [...]; [...]</i> <i>“não negligenciando em equipe ações simples como</i> <i>lavagem das mãos” [...]</i> (21); [...] <i>“colaboro trabalhando com</i> <i>responsabilidade” [...]</i> (23);</p>
Assistência (RIQass)	<p>[...] <i>“assisto sem favorecer a infecção cruzada” [...]; [...]</i> <i>“faço procedimentos</i> <i>com técnica estéril” [...]; [...]</i> <i>“vigiando outros profissionais sobre o uso de</i> <i>EPI” [...]</i> (5); [...] <i>“preparo adequadamente a medicação” [...]</i> (6); [...] <i>“realizando curativos conforme técnicas” [...]; [...]</i> <i>“aprazando corretamente a</i> <i>prescrição médica” [...]</i> (11); [...] <i>“evito as iatrogenias que ocorrem por nossa</i> <i>displícência” [...]; [...]</i> <i>“evito iatrogenias que ocorrem por nossa</i> <i>inobservância” [...]; [...]</i> <i>“evito iatrogenias como infiltração de um cateter”</i> <i>[...]; [...]</i> <i>“evito ocorrência de iatrogenias acompanhando a assistência” [...];</i> <i>[...] “evito ocorrência de iatrogenias acompanhando os procedimentos” [...];</i> <i>[...] “devemos minimizar a ocorrência da lesão descomprimindo os pontos de</i> <i>pressão” [...]; [...]</i> <i>“tentamos amenizar os fatores que causam iatrogenias como</i> <i>hiperemia fixa” [...]</i> (13); [...] <i>“os indicadores estão inseridos no nosso fazer”</i> <i>[...] (16); [...]</i> <i>“os indicadores estão inseridos na nossa assistência” [...]; [...]</i> <i>“os indicadores estão inseridos nas nossas atribuições” [...]</i> (16) [...] <i>“cuido</i> <i>das fixações e contendo o paciente para evitar a perda de cateteres” [...]; [...]</i> <i>“o indicador de carga de trabalho justifica a distribuição de leitos pelos</i> <i>profissionais” [...]</i> (19); [...] <i>“são bons para priorizar atividades da enfermeira</i> <i>assistência” [...]; [...]</i> <i>“são bons para gerenciar os cuidados” [...]</i> (20); [...] <i>“os</i> <i>indicadores são associados a iatrogenias do tratamento” [...]</i> (23);</p>
Registro de protocolo (RIQrpr)	<p>[...] <i>“é contexto dos indicadores de qualidade visualizar uma lesão de pele e</i> <i>registrar” [...]</i> (7); [...] <i>“preencho impressos pra coordenação quantificar” [...]</i> <i>(7); [...]</i> <i>“preencho instrumentos de notificação de ocorrência adversa” [...]</i> (8); [...] <i>“os indicadores estão presentes quando sou obrigada a preencher os</i> <i>impressos” [...]</i> (9); [...] <i>“tenho ciência da importância do preenchimento dos</i> <i>impressos padronizados” [...]</i> (10); [...] <i>“preenchendo os dados dos protocolos</i> <i>sobre a qualidade” [...]</i> (11); [...] <i>“é cobrado que a gente faça registro do dorso</i> <i>do paciente” [...]</i> (11); [...] <i>“é cobrada a notificação da lesão em região sacra”</i> <i>[...] (11); [...]</i> <i>“notificamos o número de cateteres, sondas, pacientes em</i> <i>ventilação mecânica” [...]</i> (11); [...] <i>“obedeço aos protocolos” [...]</i> (11); [...] <i>“</i> <i>preenchendo o NAS e o impresso de controle da CCIH” [...]</i> (13); [...] <i>“acho</i> <i>que os protocolos da unidade expressam a qualidade” [...]</i> (14); [...] <i>“acho que</i> <i>os protocolos da CCIH expressam a qualidade” [...]</i> (14); [...] <i>“os impressos</i> <i>expressam a qualidade” [...]</i> (14); [...] <i>“preenchendo o NAS e dando pontuações</i> <i>a depender do nível de gravidade e dependência do paciente” [...]</i> (12); [...] <i>“</i> <i>preenchendo o controle de cateter” [...]</i> (13); [...] <i>“notificando os possíveis</i> <i>erros que acontecem durante realização da diálise” [...]</i> (13); [...] <i>“notificando</i> <i>aparecimento de flebites, úlceras de pressão” [...]</i> (13); [...] <i>“notificando a não</i> <i>realização de procedimentos” [...]</i> (13); [...] <i>“é desenvolvido através dos</i> <i>protocolos” [...]</i> (14); [...] <i>“é desenvolvido pelo preenchimento dos impressos de</i> <i>não conformidades” [...]</i> (14); [...] <i>“preenchemos impressos como o NAS e o da</i> <i>CCIH” [...]</i> (6); [...] <i>“preenchendo impressos durante o desenvolvimento da</i> <i>assistência” [...]</i> (7); [...] <i>“preenchendo impressos padronizados pela empresa”</i> <i>[...] (8); [...]</i> <i>“temos impressos padronizados, mas alguns caem no desuso</i> <i>porque param de nos pedir para preencher” [...]</i> (9); [...] <i>“havia uma médica</i> <i>que anotava o número de vezes e o motivo pelo qual precisava repassar um</i> <i>acesso central” [...]</i> (9); [...] <i>“preenchendo os impressos” [...]</i> (10); [...] <i>“tudo</i> <i>aqui é considerado notificável” [...]</i> (7); [...] <i>“colaboro apenas preenchendo os</i> <i>impressos quando posso” [...]</i>(11); [...] <i>“têm impressos que não deixo de</i> <i>preencher como parecer técnico de produtos” [...]</i>(11); [...] <i>“têm impressos que</i> <i>não deixo de preencher como materiais que faltam” [...]</i> (11); [...] <i>“têm</i></p>

	<p><i>impressos que não deixo de preencher como materiais que podem ser substituídos</i> [...] (11); [...] <i>“têm impressos que não deixo de preencher como distribuição de funcionários justa para gravidade de pacientes”</i> [...] (11); [...] <i>“temos vários impressos que podem ajudar no controle da qualidade”</i> [...] (16); [...] <i>“controle de acesso central e de infecções são os impressos que mais lembro”</i> [...] (16); [...] <i>“me envolvo preenchendo formulários”</i> [...] (21); [...] <i>“registramos as anomalias do serviço como úlceras de pressão”</i> [...] (23); [...] <i>“registramos as anomalias do serviço como perda de dispositivos”</i> [...] (23); [...] <i>“registramos as anomalias do serviço como surgimento de infecções”</i> [...] (23); [...] <i>“registramos as anomalias do serviço como dispensação errada da farmácia”</i> [...] (23); [...] <i>“registramos as anomalias do serviço como erros de prescrição médica”</i> [...] (23); [...] <i>“registramos as anomalias do serviço como higienização fora das rotinas”</i> [...] (23); [...] <i>“colaboro preenchendo impresso de anomalia que são acontecimentos que não são normais”</i> [...] (18); [...] <i>“registro condição de pele”</i> [...] (18); [...] <i>“registro perda de dispositivos”</i> [...] (18); [...] <i>“registro condições de prejuízo ao serviço”</i> [...] (18); [...] <i>“registro condições de prejuízos ao paciente”</i> [...] (18); [...] <i>“colaboro preenchendo o NAS e o formulário de ocorrência adversa”</i> [...] (16)</p>
<p>Controle de infecção (RIQinf)</p>	<p>[...] <i>“a CCIH institui as rotinas”</i> [...] (5); [...] <i>“passamos a ser cuidadosas quando a CCIH informa as taxas de infecção”</i> [...] (5); [...] <i>“passamos a ser mais atentas aos cuidados com material estéril”</i> [...] (5); [...] <i>“passamos a ser mais atentas a técnica asséptica”</i> [...] (5); [...] <i>“passamos a ser mais atentas na lavagem das mãos”</i> [...] (5); [...] <i>“passamos a ser mais atentas com higiene oral de pacientes com ventilação mecânica”</i> [...] (5); [...] <i>“é contexto dos indicadores de qualidade fazer cultura de acesso venoso central para CCIH”</i> [...] (7); [...] <i>“é contexto dos indicadores de qualidade trocar o acesso venoso periférico quando há flebite”</i> [...] (7); [...] <i>“oriento sobre lavagem das mãos”</i> [...] (6); [...] <i>“controlo taxas de infecção”</i> [...] (8); [...] <i>“colaboro com a CCIH na avaliação diretamente na unidade”</i> [...] (9); [...] <i>“avaliando local de punção dos cateteres venosos quanto a causa de mais infecção”</i> [...] (6); [...] <i>“revisando as datas dos dispositivos que invadem o organismo”</i> [...] (6); [...] <i>“observar a não aderência da lavagem das mãos é um processo que reflete no indicador assistencial”</i> [...] (18); [...] <i>“colaboro respeitando as precauções de isolamento”</i> [...] (18);</p>
<p>Experiencia de utilização (RIQexu)</p>	<p>[...] <i>“tenho experiência desde que comecei a atuar durante a minha especialização em UTI”</i> [...] (5); [...] <i>“os indicadores de qualidade estão sempre no meu contexto de assistência”</i> [...] (7); [...] <i>“minha experiência esta associada somente ao preenchimento dos impressos de controle de material”</i> [...] (9); [...] <i>“minha experiência esta associada somente ao preenchimento dos impressos de úlceras de pressão”</i> [...] (9); [...] <i>“minha experiência esta associada somente ao preenchimento dos impressos de falta de funcionários”</i> [...] (9); [...] <i>“minha experiência esta associada somente ao preenchimento dos impressos de material em teste”</i> [...] (9); [...] <i>“minha experiência esta associada somente ao preenchimento dos impressos de perfil de gravidade de pacientes”</i> [...] (9); [...] <i>“minha experiência esta associada somente ao preenchimento dos impressos de troca de cateteres”</i> [...] (9); [...] <i>“minha experiência esta associada somente ao preenchimento dos impressos de e registros em geral”</i> [...] (10); [...] <i>“com minha experiência dou importância a esses indicadores de qualidade”</i> [...] R10</p>
<p>Conhecimento (RIQcon)</p>	<p>[...] <i>“são números de infecção”</i> [...] (1); [...] <i>“são números de lesões”</i> [...] (1); [...] <i>“são valores numérico”</i> [...] (1); [...] <i>“são desempenhos das nossas funções com compromisso profissional”</i> [...] (5); [...] <i>“vivo a questão dos indicadores de qualidade desde que fui admitida há quase dois anos”</i> [...] (7); [...] <i>“percebo que começam a dar valor por um tempo e depois diminuem”</i> [...] (9); [...] <i>“interagimos com outros serviços que podem ter influencia nos nossos indicadores”</i> [...] (13); [...] <i>“já escuto falar sobre indicadores de qualidade desde formada há 6 anos”</i> [...] (20); [...] <i>“escuto falar sobre indicadores de qualidade desde a faculdade há 3 anos”</i> [...] (21); [...] <i>“escuto falar sucintamente sobre os indicadores”</i> [...] (22); [...] <i>“imagino que indicadores de qualidade seja algo sobre a assistência”</i> [...] (22); [...] <i>“mesmo sendo nova percebo que se tem muita preocupação com o assunto da qualidade”</i> [...] (16); [...] <i>“a CCIH capacita a equipe de saúde”</i> [...] (1)</p>

Categoria 3 - Valorização da Utilização dos Indicadores de Qualidade no Gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMATICAS
Controle da qualidade (VIQcoq)	
Favorável (VIQfal)	[...] <i>“os indicadores são essenciais para minhas atividades”</i> [...]; [...] <i>“os indicadores são reflexos do meu trabalho”</i> [...]; [...] <i>“os indicadores possibilitam resoluções eficientes”</i> [...] (10); [...] <i>“é importante pois podemos melhorar a assistência de enfermagem”</i> [...] (12); [...] <i>“os indicadores dão grau de satisfação profissional”</i> [...] (18)
Desfavorável (VIQdes)	[...] <i>“o controle de qualidade não funciona para prestarmos o serviço”</i> [...] (8); [...] <i>“os indicadores são reflexos da ocorrência iatrogênica do tratamento”</i> [...] (13)
Satisfação Pessoal (VIQpes)	
Positiva (VIQpep)	[...] <i>“informando situações práticas nos treinamentos”</i> [...] (5); [...] <i>“os indicadores estão presentes nas minhas atividades”</i> [...] (9); [...] <i>“nunca pensei que saberia falar sobre indicadores de qualidade”</i> [...]; [...] <i>“a participação no controle da qualidade é automática”</i> [...] (16) [...] <i>“o relacionamento interdisciplinar influencia na qualidade do serviço”</i> [...] (22); [...] <i>“buscamos não ser antipáticos ao cobrar as rotinas e comportamentos”</i> [...] (21)
Negativa (VIQpen)	[...] <i>“o assunto dos indicadores de qualidade é muito novo pra mim”</i> [...] (9); [...] <i>“identifico os problemas que prejudicam a minha assistência”</i> [...]; [...] <i>“identifico os problemas que decorrem da falta da assistência”</i> [...] (13)

Categoria 4 – Fatores Intervenientes à Utilização dos Indicadores de Qualidade no Gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Desfavoráveis (FIQdes)	
Relacionamento negativo (FIQren)	[...] “esses indicadores me atrapalham, como enfermeira assistencial que já tenho muitas obrigações e responsabilidades” [...]; [...] “esses indicadores atrapalham por ficar parando pra preencher cada vez mais impresso” [...]; [...] “isso é função muito administrativa” [...]; [...] “se não fosse diariamente, seria melhor porque prejudica no tempo que tenho para os cuidados” [...] (14); [...] “somos chatos fiscalizando os colegas do plantão” [...]; [...] “somos chatos informando a coordenação sobre ocorrências adversas” [...] (6); [...] “a instituição até se empenha, mas não é foco do meu trabalho assistencial” [...] (9); [...] “não lido diretamente com os indicadores” [...] (22); [...] “nunca pesquisei sobre os indicadores” [...]; [...] “suspeito que eles sejam representações da nossa assistência” [...] (23); [...] “o tempo que preciso prestar assistência não me permite maior interação sobre os indicadores” [...] (10)
Ausência de feedback (FIQafe)	[...] “falta o retorno das notificações que agente faz” [...] (11); [...] “o controle de qualidade visa a satisfação dos usuários” [...] (8); [...] “não sou informada como estou na assistencia” [...] (7); [...] “não tenho retorno dos dados preenchidos” [...] (11); [...] “não há retorno de como é desenvolvido o controle da qualidade” [...] (13); [...] “não somos informadas sobre como estamos nos desempenhando” [...] (8); [...] “não me repassam resultados depois de preenchido os impressos” [...] (11); [...] “como não tenho retorno sobre o que fazem com o meu preenchimento do impresso do NAS, nem posso ajudar muito” [...] (12); [...] “achava bom se nos fosse dado retorno para até poder saber como estamos melhorando” [...] (13); [...] “não sou informada sobre como estamos” [...] (7); [...] “fico triste porque o desenvolvimento dos indicadores é muito focada nas coordenações e direção da empresa” [...] (8); [...] “fazemos ate sem saber pra quê servirá” [...] (9)
Subnotificação (FIQsub)	
Perfil do paciente (FIQppa)	[...] “ulcera de pressão é iatrogenia, apesar da predisposição da pele” [...]; [...] “ulcera de pressão é iatrogenia, apesar de o estado nutricional interferir” [...]; [...] “ulcera de pressão é iatrogenia, apesar de a instabilidade hemodinâmica interferir” [...]; [...] “ulcera de pressão é iatrogenia, apesar do repouso absoluto no leito interferir” [...]; [...] “ulcera de pressão é iatrogenia, apesar da imobilidade do pós-operatório ser necessária” [...] (13)
Favoráveis (FIQfac)	
Comunicação (FIQcom)	[...] “informando problemas para gerencia resolver” [...] (13); [...] “registrando os cuidados prestados” [...]; [...] “registrando as não conformidades do serviço” [...] (14) [...] “é contexto dos indicadores de qualidade existir uma secreção purulenta no acesso venoso central e comunicar ao plantonista” [...] (7); [...] “informo indisponibilidade de material” [...] (6); [...] “somos informadas quando mudam as rotinas” [...] (7); [...] “registro em ocorrência ou impresso de anomalia para coordenação transformar em indicadores” [...]; [...] “informamos preenchendo o NAS” [...] (19); [...] “colaboro advertindo quem não respeita as rotinas do serviço” [...]; [...] “informo dados a CCIH” [...]; [...] “informo dados a coordenação” [...] (18); [...] “informo a coordenação preenchendo impressos tipo os da CCIH para cateteres” [...]; [...] “informo a coordenação preenchendo impressos tipo os da gerencia de enfermagem” [...] (20)
Feedback positivo (FIQfep)	[...] “até passam pra gente como os impressos serão utilizados” [...] (11)

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



Salvador, 05 de outubro de 2010

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

TÍTULO DA PESQUISA: Percepção das enfermeiras sobre indicadores de qualidade no gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Josenice de Andrade Nobre

INSTITUIÇÃO: Hospital Santa Izabel

CARGO: Enfermeira

2. PARECER DO RELATOR

ASPECTOS TÉCNICOS: *Estudo supracitado apresenta relevância científica para a prática de enfermagem, uma vez que proporcionará o conhecimento dos enfermeiros sobre o gerenciamento baseado em indicadores de qualidade. O protocolo tem justificativa coerente, bom delineamento e metodologia.*

Será a aplicação de um questionário por um enfermeiro mestrando aos seus pares após assinatura do termo de consentimento resguardando todos os princípios éticos legitimados pela Resolução 196/96.

POTENCIAIS RISCOS: *Não há riscos, pois trata de aplicação de questionário por uma profissional de enfermagem*

PROVÁVEIS BENEFÍCIOS *Enriquecimento da Bibliografia a respeito do assunto. E serão gerados dados próprios para o hospital.*

ASPECTOS ÉTICOS: *O estudo e o TCLE contemplam requisitos exigidos na Resolução 196/96. Comenta sobre a obrigatoriedade de apreciação do CEP e da realização da pesquisa apenas após a aprovação do mesmo.*

3. PARECER FINAL: O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel, acatando o parecer do relator designado para o referido protocolo, em uso de suas atribuições, **aprova** o Projeto de Pesquisa supracitado, estando o mesmo de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97.

4. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Período de vigência: 05/10/2010 à 05/12/2010

Envio de relatório: Não se aplica

Relatório Final: 05/12/2010

Prof. Dr. Mittermayer B. Santiago - CRM 6580
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figueirôa
Hospital Santa Izabel

