

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

VERIDIANA TAVARES COSTA

**MELHORES PRÁTICAS DO ENFERMEIRO GESTOR:
UM ESTUDO DE CASO**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

VERIDIANA TAVARES COSTA

**MELHORES PRÁTICAS DO ENFERMEIRO GESTOR:
UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

FLORIANÓPOLIS
2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

C837m Costa, Veridiana Tavares

Melhores práticas do enfermeiro gestor [dissertação] :
um estudo de caso / Veridiana Tavares Costa ; orientadora,
Betina Hörner Schlindwein Meirelles. - Florianópolis, SC,
2011.

134 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Benchmarking - (Administração). 3.
Serviços de enfermagem - Administração. 4. Administração de
risco. I. Meirelles, Betina Hörner Schlindwein. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

VERIDIANA TAVARES COSTA

**MELHORES PRÁTICAS DO ENFERMEIRO
GESTOR: UM ESTUDO DE CASO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

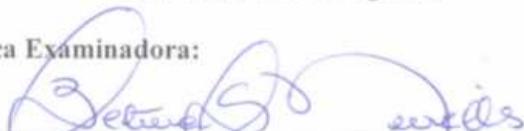
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 06 de dezembro de 2011, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Presidente



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro

Dr. Edson Pacheco Paladini
Membro



Dra. Ana Maria Porcel Galvez
Membro

*Dedico este trabalho à minha
querida e inesquecível mãe, in
memoriam.*

AGRADECIMENTOS

Foi árdua a caminhada para concretização deste trabalho, momentos de incertezas, receios, angústias e desânimo, por vezes pareciam ser mais fortes que a vontade de seguir, mas isso foi se transformando em um grande desafio ao qual me propus a vencer. Descobertas, outros olhares, novos pensamentos, deram lugar a persistência e a confiança. E, ao longo deste caminho, fizeram-se presentes algumas pessoas que de uma forma ou outra contribuíram para concretização dessa conquista. Portanto, agradeço:

À Espiritualidade maior, por iluminar meus pensamentos e guiar minhas condutas,

A meu Pai, João Carlos, por entender minha ausência, incentivando-me a acreditar nos meus sonhos,

A minha amada Avó, Celina Tavares, pelos princípios de vida e amor a mim transmitidos,

À amiga irmã Michelle por estar sempre ao meu lado, me compreendendo, escutando e apontando o caminho certo... Querida amiga falta-me palavras para expressar meus agradecimentos, pelo carinho e incentivo, quando tudo parecia difícil demais,

Às amigas Ângela Juliani Melo, Carolina Ortiz, Daniela Santarem, Gabriella Machado, Jeli Zorzo, Karina Nunes, Karine Mattos, Maria Lara, Mariana Martendal, Patrícia Acioly e Patrícia Chaves, pela amizade e, principalmente, por entenderem minha ausência,

À amiga Salvelina Avancine, pela compreensão, apoio e incentivo,

Às colegas Débora, Juliana, Daniela e Mônica por compartilharmos bons momentos de produção de conhecimentos, enquanto bolsistas REUNI,

À amiga Liliam Cristiana Júlio Tonnera por dividir inquietações, que eram minhas também, e por aprendermos juntas,

Aos colegas de mestrado, pela oportunidade de compartilharmos momentos de sabedoria e também por dividirmos incertezas e receios diante do novo que se iniciava... Em especial, as colegas Bruna Canever e Débora Poletto, pelo carinho e, amizade aqui construída.

Aos colegas do GEPADES, em especial Aline e Gabriela, por apontarem caminhos os quais me tranquilizavam,

À Claudia Garcia, pela atenção dispensada quando foram necessários esclarecimentos quanto a bolsa de pesquisa REUNI; e,

também pela sua dedicação e competência em me ajudar na formatação desta dissertação,

Aos professores do curso de pós-graduação da UFSC,

À professora Dra. Maria Itayra Padilha, pelos conhecimentos adquiridos sobre análise qualitativa e pelo incentivo,

À Orientadora Prof^ª. Dra. Betina H.S. Meirelles, por me permitir entender a dimensão do pensar; possibilitando-me um olhar diferente e, principalmente, por acreditar em mim e apoiar-me nos momentos em que fragilidades faziam-se presentes,

Aos membros das bancas: Prof. Dr. Edson Pacheco Paladini, Prof^ª. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, Prof^ª. Dra. Ana Maria Porcel Galvez, Prof^ª. Dra. Selma Regina de Andrade e Ddo. José Luiz Guedes dos Santos, por contribuírem para a concretização deste estudo,

Aos Enfermeiros, sujeitos desta pesquisa, pelo coleguismo e atenção despendida... Sem a participação de vocês seria impossível concretizar este trabalho,

A uma pessoa muito especial: meu namorado Yguaratã Cavalcanti, pelo amor, carinho, apoio e, principalmente, pela compreensão diante do meu momento, em que soube entender-me e respeitar-me, transformando meus momentos de incertezas e angústias em harmonia e alegria. Obrigada por estar fazendo parte da minha vida!

E a todos os demais que, de alguma forma, contribuíram para realização deste estudo.

Obrigada!

COSTA, Veridiana Tavares. **Melhores Práticas do Enfermeiro Gestor: Um Estudo de Caso.** 2011. 134p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles.
Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde.

RESUMO

Esta pesquisa trata de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi identificar as melhores práticas adotadas pelo enfermeiro gestor, em um programa de gerenciamento de risco, que apontam para acreditação de um hospital geral; emergindo, desse contexto, a definição do termo melhores práticas na perspectiva dos enfermeiros gestores. O caso delimitado para esta investigação foi melhores práticas de gestão dos enfermeiros, em um programa de gerenciamento de risco, que apontam para acreditação. O cenário foi um hospital privado no Sul do País. Participaram do estudo enfermeiros gestores, que compõem o comitê de gerenciamento de risco, enfermeiros que atuam indiretamente no programa de gerenciamento de risco e a gerente de risco. Os dados foram coletados de maio a setembro de 2011, por meio de análise documental, entrevistas e observação não participante. A partir da triangulação, os dados foram analisados por uma proposta operativa. Os resultados identificaram que as melhores práticas estão vinculadas às ações de educação, à análise crítica da realidade e às múltiplas dimensões da gestão. Estas ações apontaram para acreditação, uma vez que, as práticas, desenvolvidas no gerenciamento de risco, estão muito próximas das exigências adotadas pelas instituições acreditadoras; ao realizarem avaliação das conformidades dos padrões institucionais, para recebimento de certificação de qualidade. Definiu-se melhores práticas como sendo a Padronização de Processos e Protocolos e Um Fazer com Qualidade. Ambas definições baseiam-se em práticas seguras. Destacou-se, neste contexto, a importância da instituição de novos pensamentos; os quais reformulem práticas e desmistifiquem os paradigmas fragmentados; que, ainda, permeiam as ciências da saúde. Resulta num pensar e agir mais efetivos, com subsídios para sistematizar a prática de trabalho; tornando-a clara, definida e com legibilidade; garantindo uma prática mais segura, cientificamente comprovada e com consequente qualidade e satisfação do cliente.

Descritores: Benchmarking, Supervisão de Enfermagem, Gerenciamento de risco, Acreditação.

COSTA, Veridiana Tavares. **Melhores Práticas do Enfermeiro Gestor: Um Estudo de Caso.** 2011. 134 pges. Dissertation. Florianópolis: Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ABSTRACT

This work describes a qualitative case study, which objective was to identify the best practices adopted by the nurse manager, in program for risk management, in order to achieve accreditation in a general hospital. In addition, it was defined the *best practices* term in the pointer of view of the nurse managers. The case study was conducted in a private hospital from the south of Brazil. The subjects of this study were nurse managers from the risk management committee, nurses working indirectly in the program of risk management and the risk manager. The data was collected from May to September of 2011 using documental analysis, interviews and non-participating observation. The analysis of the data was performed using an operative purpose method. The results showed that the best practices are linked to education actions, critical analysis of the reality, and the management multiple dimensions. These actions point to accreditation since the practices from risk management are very close to those required by the accreditation institutions to provide a quality certification. In this research, it was defined the term *best practices* as being the *Standardization of Processes and Protocols* and *Doing with Quality*. Both definitions are based on safe practices. In this context, it is highlighted the importance of inserting new thoughts for reformulating practices and demystifying fragmented paradigms and, at the same time, pervading the health sciences. It results in thinking and acting more effectively, systematizing the working practices, turning it more clear, defined and legible and, in this same context, providing more secure, scientifically proved, and qualified practices for the customer satisfaction.

Descriptors: Benchmarking, Nurse Supervising, Risk Management, Accreditation.

COSTA, Veridiana Tavares. **Melhores Práticas do Enfermeiro Gestor: Um Estudo de Caso.** 2011. 134p. Dissertação. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RESUMEN

Esta pesquisa trata de um estudo em terreno, desde um enfoque cualitativo, com el fin de identificar las mejores prácticas a ser adoptadas por el enfermero jefe, en un programa de Prevención de riesgos, cuya meta es credenciar o cualificar um hospital general. Partiendo de este contexto, serán definidas de mejores prácticas o normas , desde la perspectiva de los enfermeros jefes. El terreno delimitado para ésta investigación, fue mejores prácticas de gestión de los enfermeros, dentro de un programa de gerenciamiento de riesgos, que apuntan para la cualificación. El escenario fue um Hospital Privado en el sur del país, con la participación de enfermeros jefes, quienes a su vez componen um Comité de Prevención de Riesgos, los enfermeros que actuan indirectamente del programa de gerenciamiento de riesgos y la gerente de Prevención de riesgos. Los datos fueron recolectados desde mayo hasta septiembre de 2011. Por médio del análisis de los registros, entrevistas y observación pasiva. A partir de La triangulación, los datos fueron analizados por una propuesta operativa. Los resultados permitieron identificar que las mejores prácticas o normas, estarian vinculadas a las siguientes acciones: Acciones de Educación, Análisis crítico de la realidad y las multiples dimensiones de la gestión. Acciones que resultaron en La cualificación, uma vez que, las prácticas desenvueltas para la Prevección de Riesgos, se aproximan mucho de las exigencias adoptadas por instituciones cualificadas: uma vez hecha una avaliación dentro de los padrones institucionales, para ser otorgada la certificación de cualificación. Fué definido como mejores prácticas para la Padronización de Procesos y Protocolos y um Hacer com calidad. Ambas definiciones son baseadas en prácticas seguras. Así se destaca, La importância de la instituir y la aplicación de nuevos pensamientos, los cuales reformulen prácticas y desmitifiquen los paradigmas fragmentados, que aún permean las Ciencias de la Salud. Resulta em un pensar y actuar mas efectivo, con subsídios para sistematizar La práctica de trabajo; tornandola clara, bien definida y legible.

Descriptores: Benchmarking, Suervición de Enfermagem, Gerenciamiento de Riesgo.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| ABIMO | Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios |
| AMQ | Associação de Melhoria da Qualidade |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CBR | Comitê Brasileiro de Regulamentação |
| CONMETRO | Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial |
| GEPADES | Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde |
| IBGC | Instituto Brasileiro de Governança Corporativa |
| ISO | International Organization for Standardization |
| INMETRO | Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia |
| NOTIVISA | Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONA | Organização Nacional de Acreditação |
| PAHO | Pan American Health Organization |
| SCIH | Serviço de Controle de Infecção Hospitalar |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Ilustração 1. Melhores práticas do enfermeiro gestor. | 64 |
| Ilustração 2. Melhores práticas como padronização de processos e protocolos..... | 64 |
| Ilustração 3. Melhores práticas como um fazer com qualidade. | 68 |
| Ilustração 4. Melhores práticas do enfermeiro gestor. | 89 |
| Ilustração 5. Educação como melhor prática no gerenciamento de risco. | 89 |
| Ilustração 6. Análise crítica da realidade como melhor prática. | 92 |
| Ilustração 7. As múltiplas dimensões da gestão como melhor prática no gerenciamento de risco. | 95 |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| LISTA DE SIGLAS..... | 17 |
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES..... | 19 |
| 1 INTRODUÇÃO | 23 |
| 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA | 23 |
| 1.2 OBJETIVOS..... | 27 |
| 1.2.1 <i>Objetivo Geral</i> | 27 |
| 1.2.2 <i>Objetivos Específicos</i> | 27 |
| 2 FUNDAMENTOS ENCONTRADOS..... | 29 |
| 2.1 MELHORES PRÁTICAS E O EXERCÍCIO GERENCIAL DO ENFERMEIRO | 29 |
| 2.2 HISTÓRICO E CONCEITOS DA GESTÃO DA QUALIDADE | 32 |
| 2.3 GESTÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE..... | 33 |
| 2.4 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E O GERENCIAMENTO DE RISCO | 35 |
| 2.5 O PENSAMENTO COMPLEXO E AS MELHORES PRÁTICAS DO ENFERMEIRO GESTOR | 40 |
| 3 PERCURSO METODOLÓGICO | 47 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 47 |
| 3.2 LOCAL DE ESTUDO..... | 48 |
| 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO..... | 49 |
| 3.4 COLETA DE DADOS | 50 |
| 3.4.1 <i>Análise Documental</i> | 50 |
| 3.4.2 <i>Entrevistas</i> | 51 |
| 3.4.3 <i>Observação não participante</i> | 51 |
| 3.5 ANÁLISE DOS DADOS | 52 |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS..... | 54 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 55 |
| 4.1 MANUSCRITO I - MELHORES PRÁTICAS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS GESTORES EM UM PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCO | 56 |
| 4.2 MANUSCRITO II – MELHORES PRÁTICAS DO ENFERMEIRO GESTOR NO GERENCIAMENTO DE RISCO: UMA PERSPECTIVA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR ... | 81 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 109 |

| | |
|-------------------------|------------|
| REFERÊNCIAS..... | 113 |
| APÊNDICES | 125 |
| ANEXOS..... | 131 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

O cenário competitivo que se estabeleceu nas organizações, nos últimos anos, diante das crises econômicas, sociais e tecnológicas, trouxe à tona a discussão de ferramentas gerenciais para, assim, implantar e desenvolver sistemas de gestão da qualidade (OLIVEIRA; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2010). O processo histórico da gestão da qualidade afirma que o seu nascimento ocorreu, consolidou-se e expandiu-se em épocas de crises (PALADINI, 2009). Isso faz com que as organizações busquem, incessantemente, adotar estratégias de melhorias nos processos, para assim, sobreviverem diante da concorrência.

Os benefícios obtidos a partir da implantação dos sistemas de qualidade vêm possibilitando a organização interna e a padronização dos processos, melhoramento no gerenciamento; conscientização da equipe para qualidade, diminuição no número de reclamações dos clientes e mais credibilidade da imagem da empresa perante a sociedade, demonstrando preocupação com a satisfação do cliente (DEPEXE; PALADINI, 2008). Corroborando, Ruthes et al. (2010) destacam que o foco no cliente, abordado atualmente nas organizações de saúde, pode ser entendido como a adoção das múltiplas estratégias visando melhoria nos processos para assim, poder encantar o cliente.

Nesse sentido, as organizações hospitalares de saúde vivenciam o impacto do mercado competitivo, assim como, a inserção de novas tecnologias no campo da sua prática assistencial. Isso, atualmente, é considerada uma das preocupações dos enfermeiros gestores dessas organizações; pois com a inserção contínua de novas tecnologias, faz-se necessária uma demanda por profissional de saúde que acompanhe esse desenvolvimento, a fim de garantir segurança, qualidade nos serviços prestados e, conseqüente, suprimento das expectativas do cliente (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010).

Os enfermeiros gestores apesar de historicamente serem considerados agentes cuidadores, estão vivenciando na contemporaneidade uma dicotomia entre a gestão e a atividade assistencial na sua prática profissional. A não articulação desses processos pode implicar infração ética, uma vez que, isso pode influenciar na qualidade da assistência prestada (MONTEZELI; PERES, 2009).

Assim, falar em excelência, na atualidade, das práticas dos

enfermeiros gestores é levar em conta as melhores ações adotadas para o cumprimento dessas práticas, inseridas num sistema organizacional em que engloba pessoas, clientes, trabalhadores, processos, cuidados e melhores práticas. Isso significa que as organizações devem investir em seus recursos mais essenciais, ou seja, pessoas qualificadas e com conhecimento (ERDMANN et al., 2006).

Dessa forma, destaca-se a relevância da adoção de melhores práticas, por parte dos enfermeiros gestores, no processo de gestão da qualidade. Instituir melhores práticas em busca da excelência das ações dos enfermeiros gestores é imergir nessa prática um processo de conhecimento contínuo, ou seja, de busca contínua de aprendizado. Isso pressupõe mudanças no exercício das ações dentro das organizações:

O ideal da busca por melhores práticas pressupõe mudanças no comportamento individual/coletivo/organizacional, nos métodos de trabalho, no livre fluxo das informações e na incorporação da reflexão crítica (ERDMANN et al., 2006, p.487).

A implementação de sistemas de qualidade na prática das organizações, com o propósito de garantir maior segurança ao cliente, propiciando uma qualidade rumo à excelência, é meta incorporada no processo de gestão e vem sendo pesquisada em todo mundo. O processo de certificação constitui uma dessas metas (DEPEXE; PALADINI, 2008; MARTINI, 2009). No âmbito das organizações hospitalares destacam-se os programas de acreditação hospitalar (MARTINI, 2009).

Além disso, incorporou-se, nesse cenário, o gerenciamento de risco hospitalar. Esse programa está inserido no campo da gestão hospitalar, desde meados de 1920, nos Estados Unidos da América. Entretanto, somente no ano de 2001, foi introduzido no Brasil, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o projeto sentinela (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010).

O projeto sentinela objetiva o fortalecimento no âmbito das organizações hospitalares brasileiras no que se refere à notificação de eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, garantindo, assim, mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2003). Isso evidencia que esta proposta veio complementar a política de gestão da qualidade adotada nas organizações hospitalares pela busca de certificações, dentre elas, a

acreditação hospitalar.

O programa de acreditação hospitalar teve início no Brasil no final dos anos 80 visto que a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) desenvolveu padrões de serviços hospitalares para América Latina. As instituições prestadoras de serviços de saúde passaram a ter que adotar mudanças relativas à metodologia da assistência prestada para, assim, adaptar-se à atual política de gestão da qualidade. Em 1997, o Ministério da Saúde cria a comissão nacional de especialistas para desenvolver o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, publicado pela primeira vez em 1998 (ANVISA, 2004). Isto impulsionou a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) responsável por coordenar tal sistema.

De acordo com a Organização Nacional de Acreditação (ONA), o programa de acreditação hospitalar visa à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços prestados nas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. A conquista por essas certificações vem sendo implantadas em nível crescente no País, totalizando 286 certificações concedidas; sendo seis delas, no Estado de SC. No ano de 2011, duas certificações foram canceladas e, uma delas foi neste mesmo Estado (ONA, 2011).

A implementação de sistemas de qualidade na prática de gestão das organizações hospitalares é, também, uma forma de instrumentalizar o enfermeiro gestor frente a esse processo/desafio atrelado ao cenário competitivo estabelecido nas organizações. Estimula-se, assim, o desenvolvimento de competências gerenciais, do perfil avaliador e multiplicador das políticas de qualidade, visto que os critérios utilizados pela equipe avaliadora no programa de acreditação hospitalar são inerentes à segurança do cliente/ paciente/ profissional; registro; código de ética; processos administrativos e práticas assistenciais (ONA, 2011).

A consonância dessas atividades, com o processo de trabalho desenvolvido nos programas de gerenciamento de riscos; evidencia a articulação dessa política na avaliação da assistência. Adotar melhores práticas em programas de gestão de riscos pode possibilitar melhorias no processo de assistência, garantindo maior segurança ao cliente. Além do mais, facilita o alcance dos padrões exigidos pelas instituições acreditadoras, para que as mesmas sejam certificadas com a acreditação.

Concomitante a essas afirmações, entender o desafio de sobreviver ao mundo globalizado, mantendo um serviço diferenciado, para assim se destacar diante da concorrência de mercado, é meta incorporada nos sistemas de qualidade. Esse destaque pode exigir dos enfermeiros gestores, os quais trabalham com essa prática,

conhecimentos das melhores práticas a serem adotadas no seu processo de trabalho; de forma que o diferencial se faça presente, com consequente excelência na assistência ao cliente, possibilitando, assim, que sua segurança e satisfação sejam atendidas.

Diante do exposto, o interesse pelo tema em questão surgiu, em primeiro lugar, pela vivência como enfermeira assistencial de um hospital privado em busca da acreditação hospitalar e, posteriormente, com o contato da prática de auditoria de uma segunda instituição privada acreditada. Em ambas as instituições, a atuação com profissionais gestores dos processos de qualidade possibilitou o exercício de práticas de gestão, principalmente, no âmbito da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. Além do mais, as discussões no Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES¹) a respeito das melhores práticas adotadas pelos enfermeiros, no âmbito do gerenciamento do cuidado sob a perspectiva da teoria da complexidade, instigaram o aprimoramento acerca do tema desse estudo.

Atualmente, a prática dos enfermeiros carece de uma definição clara do termo melhores práticas (IOWA, 2011). Nesse contexto, é relevante explorar ações que permitam identificar essas práticas, uma vez que embasado nesse conhecimento o enfermeiro gestor passa aplicar na organização a quantidade de intelecto necessária (ERDMANN et al., 2006). Ratificando esta informação, pesquisas em base de dados como PubMed/MEDLINE, CINAHL, SciELO, LILACS; usando os descritores *Benchmarking*, *Nursing*, *Supervisory*, *Safety Management*, *Accreditation*, nos idiomas inglês, português e espanhol, evidenciaram publicações referentes à enfermagem e o processo de gestão da qualidade, de forma mais ampla, carecendo conhecimentos que evidenciem as melhores práticas adotadas pelo enfermeiro gestor, assim como, uma definição clara do termo melhores práticas.

De acordo com essas percepções, e, frente à contextualização Melhores Práticas/ Enfermeiro Gestor/ Gerenciamento de risco/Acreditação, foi relevante explorar as melhores práticas adotadas pelo enfermeiro gestor no âmbito dos processos de gerenciamento de risco. Desse modo, esse estudo abordou a seguinte questão:

¹ GEPADES - Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde formado em 1988 e reformulado em 1993, é vinculado ao Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://www.gepades.ufsc.br/>

Quais são as melhores práticas adotadas pelo enfermeiro gestor, em um programa de gerenciamento de risco, que apontam para a acreditação hospitalar?

Diante disso, percebeu-se a relevância da teoria da complexidade como olhar necessário nesse processo, no qual a gestão da qualidade deve considerar a globalidade da organização, como também a influência que o meio exerce no todo e o todo exerce no meio. Ao explorar as ações que identificam as melhores práticas do enfermeiro gestor, no âmbito do gerenciamento de risco, em um processo retroativo, interligado e dialógico; em que a eficácia e a eficiência do exercício da gestão da qualidade da assistência de enfermagem são permeadas pelos princípios da teoria da complexidade, ratifica-se a multidimensionalidade dos processos de gestão e de trabalho que permeiam a prática do enfermeiro gestor.

Nesse contexto, contribuir para um fazer diferenciado na prática dos enfermeiros gestores; constitui ampliar os saberes científicos, preparo para enfrentamento dos problemas, tomada de decisões, e respeito aos direitos e à ética nos serviços prestados. Além do mais, proporcionar um modelo de gestão de excelência, o qual englobe as melhores práticas, o que pode concretizar uma prática diferencial na política de gestão da qualidade dessas organizações.

Diante desse assunto, estabeleceu-se os seguintes objetivos desta pesquisa:

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar as melhores práticas adotadas pelo enfermeiro gestor, em um programa de gerenciamento de risco, que apontam para a acreditação de um hospital geral.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Definir melhores práticas, na perspectiva dos enfermeiros gestores em um programa de gerenciamento de risco;
- Descrever as ações dos enfermeiros gestores, em um programa de gerenciamento de risco, na perspectiva da acreditação hospitalar.

2 FUNDAMENTOS ENCONTRADOS

2.1 MELHORES PRÁTICAS E O EXERCÍCIO GERENCIAL DO ENFERMEIRO

As melhores práticas estão inseridas nas áreas como a saúde, gestão governamental, sistema de educação e gestão de projetos, objetivando garantir êxito nas intervenções (OMS, 2008). No âmbito da enfermagem essa expressão vem tornando-se cada vez mais popular nos últimos anos. No entanto, na prática dos enfermeiros uma definição clara deste termo ainda está indisponível (IOWA, 2011). Assim sendo, o desafio de atender aos critérios destas melhores práticas constitui um objetivo a ser alcançado na prática destes profissionais (KEMPFER et al., 2010).

As “melhores práticas na promoção da saúde/saúde pública são aqueles conjuntos de processos e atividades que são consistentes com a promoção da saúde” (IDM, 2005, tradução da autora). Embora seja esse um conceito voltado para a saúde pública, ao associá-lo às práticas das organizações privadas de saúde, podemos constatar que isso reporta um fazer com qualidade, adotando estratégias de melhoria no processo de gestão hospitalar; e, assim, proporcionando consistência aos processos de assistência ao cliente.

Corroborando, Erdmann et al. (2006), afirmam que o conceito de melhores práticas em saúde considera o processo crítico reflexivo diante das ações realizadas na busca pela efetividade desta prática como uma ferramenta para o pensar. Conhecer o significado dessas práticas torna-se essencial; pois embasado nesse conhecimento, o enfermeiro gestor passa a aplicar na organização a quantidade de intelecto necessária a sua prática.

As mudanças no ambiente organizacional brasileiro, na década de 90, advindas da crise econômica mundial, fez com que fosse necessário adotar boas práticas de governança corporativa, uma vez que, vieram à tona fragilidades no processo de gestão das organizações. Isso originou a 4ª edição do código das melhores práticas de governança corporativa do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC), o qual tem por objetivo reforçar a importância das melhores práticas e, assim, adaptar-se à realidade de mercado. Esse código pode ser aplicado em qualquer tipo de organização (IBGC, 2009).

Outra importante instituição, que também está voltada para o desenvolvimento da qualidade, é o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). O INMETRO tem por missão

institucional “fortalecer as empresas nacionais, aumentando a sua produtividade por meio da adoção de mecanismos destinados à melhoria da qualidade de produtos e serviços” (BRASIL, 2011c). A Resolução nº 03 de 06 de maio de 2008 dispõem sobre a aprovação do plano de Implantação Assistida do Guia de Boas Práticas de Regulamentação (BRASIL, 2008). Este documento foi publicado pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (CONMETRO) e elaborado pelo Comitê Brasileiro de Regulamentação (CBR) o qual fornece orientações para adoção de regulamentos técnicos objetivando a melhoria e aperfeiçoamento das práticas regulamentadoras brasileiras (BRASIL, 2011c).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) possui manuais de boas práticas de fabricação de alimentos, cosméticos, insumos farmacêuticos, saneantes, medicamentos e produtos para saúde. Isto evidencia a adoção de um conjunto de medidas que devem ser adotadas pelas organizações a fim de garantir a qualidade sanitária e a conformidade dos produtos com os regulamentos técnicos (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, as melhores práticas que vêm sendo implementadas nas organizações permitem conhecer aquilo que funciona com mais eficácia, possibilitando a utilização de recursos necessários para atingir objetivos propostos; e, assim, atuar na resolução de problemas em outras situações ou contextos semelhantes. Diante disso, essas práticas podem surgir de múltiplas fontes, entre elas, organizações da sociedade civil, grupos comunitários, o pessoal da Organização Mundial de Saúde, ministros da saúde e indivíduos (OMS, 2008).

No âmbito das organizações de saúde um novo modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem está centrado na complexidade e nas melhores práticas. Isso permite que o enfermeiro avance no sistema de cuidado à saúde, ampliando sua visão, gerando soluções novas para os problemas, constituindo um modelo de gestão da atenção e cuidado na enfermagem que contemple as necessidades das pessoas em diversas dimensões. Essa reflexão denomina o cuidado complexo como sendo uma melhor prática (KEMPFER et al., 2010).

No entanto, para que a construção destas melhores práticas efetive-se como um processo inovador e resolutivo, nesse ambiente social complexo que constitui esse novo modelo organizacional; implica imaginar outro cenário para as relações estabelecidas entre as organizações, sejam elas, privadas, públicas ou terceiro setor e a sociedade (MELLO; MOYSÉS, 2010)

O *Health Promotion's Best Practice Work Group*, sediado na Universidade de Toronto, conceitua: melhores práticas em saúde como sendo o conjunto de processos e atividades que devem estar consistentes com a promoção da saúde, compreendendo o seu contexto/ambiente, concretizando-se numa maior probabilidade em se alcançar metas em uma situação específicas (KAHAN; GOODSTADT, 2001). Ratificando, Mello e Moysés (2010), afirmam que tais práticas são consideradas melhores diante do fato das mesmas mostrarem consistência e refletirem os fundamentos da promoção da saúde e a compreensão do meio ambiente.

Observando esse fato, e constatando o aumento da complexidade dos problemas que permeiam as práticas das organizações, frente a um mundo cada vez mais globalizado; exige-se, ainda mais, competências relacionadas à especialização, á cooperação e ao conhecimento. Isso implica aprender com as experiências, registrar melhores práticas e compartilhar este conhecimento internamente (MIRANDA; MORESI, 2010).

Os profissionais, ao exercitarem toda sua experiência cotidiana e suas habilidades tácitas, estão vinculando esse saber a um novo pensamento, implementando uma nova perspectiva de cuidado individual atrelada à complexidade e as melhores práticas (ERDMANN et al., 2006). Assim, levando-se em consideração que as melhores práticas estão atreladas às experiências teórico-práticas, no cotidiano da gestão; e, estando o processo de cuidar ligado às organizações de saúde, na sociedade contemporânea, evidencia-se a inserção das melhores práticas ao processo de melhoria contínua, com foco na integralidade do ser (MELLO; MOYSÉS, 2010). Isso implica uma assistência mais segura.

De acordo com Tofolletto e Padilha (2006), ao constatarem que no âmbito das organizações de saúde, os enfermeiros prezam de forma evolutiva por uma assistência que assegure a máxima qualidade e o mínimo risco para o cliente. Ainda, Paladini (2009) destaca como princípio da melhoria contínua o fato de que tudo que se faz pode ser feito melhor ainda, mais bem feito e com melhores resultados.

Estando os enfermeiros, portanto, diretamente relacionados às práticas de avaliações, principalmente, no âmbito dos processos de avaliação da qualidade da assistência; faz-se necessária a inovação dos conhecimentos no âmbito das melhores práticas, para, assim, implementar um processo sistemático, detalhado, integrado e avaliativo na prática de gestão. Isso pode constituir-se em um modelo de gestão da qualidade hospitalar em busca da excelência.

2.2 HISTÓRICO E CONCEITOS DA GESTÃO DA QUALIDADE

O modelo gerencial da gestão da qualidade teve suas raízes na tecnologia do controle e garantia da qualidade desenvolvida no Ocidente. Levada ao seu auge, no Japão, por especialistas americanos, após a segunda guerra mundial; e, assim evoluindo, para modelo no mundo (BALSANELLI; JERICÓ, 2005; MANZO, 2009).

De acordo com Paladini (2009, p. 160), a principal função da gestão da qualidade é a implantação das políticas de qualidade, sendo definida como: “o conjunto de atividades destinadas a viabilizar a política da qualidade e os objetivos gerais da organização em termos da qualidade. Tais atividades são estruturadas de forma planejada, abrangente e evolutiva”.

Para Chiavenato (2009, p. 1), “no mundo da administração tudo muda a cada instante, novos fatos e eventos estão acontecendo, e a sua história coleciona profundas mudanças e transformações”. Basta lembrar, das transformações ocorridas na passagem de 2008 para os anos seguintes em que crises e mudanças foram as palavras que mais se destacaram na prática de gestão das organizações e, com isso, foi necessário discutir as estratégias de sobrevivência para enfrentar esse cenário. A qualidade foi, sem dúvida, a estratégia estabelecida nessa época de crise (PALADINI, 2009).

Considerada uma opção a ser feita, a qualidade passa a ser uma escolha primordial na relação das organizações com o mercado e, diante do fato do conceito de qualidade ser definido pelo consumidor, passa a ser essa uma estratégia relevante para as organizações em qualquer instante. Torna-se, então, essencial em épocas de crise, uma vez que a gestão da qualidade nasceu, criou-se, consolidou-se e expandiu-se nesse contexto (PALADINI, 2009).

Nessa perspectiva, a busca pela excelência na qualidade das ações é uma condição essencial nos dias de hoje, o que possibilita alcançar os resultados esperados pela empresa e, também, superar expectativas daqueles que consomem e produzem seus produtos (BALSANELLI; JERICÓ, 2005).

Do mesmo modo, a competitividade crescente, no mundo moderno, faz com que as empresas busquem continuamente excelência na qualidade dos seus produtos e serviços (MARTINEZ, 2007). Isso implica que as organizações foquem suas ações na conscientização dos recursos humanos; propiciando melhoria na qualidade dos processos dentro das organizações, não somente para o atendimento dos requisitos aos clientes ou para manutenção de um certificado, mas também para

continuidade e melhoria da posição da empresa no mercado. (DEPEXE; PALADINI, 2008).

Desse modo, as organizações têm desenvolvido e implantado sistemas de gestão visando ao aumento da qualidade de seus produtos e serviços; possibilitando, assim, o seu desenvolvimento sustentável, transformando as pressões de mercado em vantagens competitivas. Confirmando, Paladini (2009) enfatiza que não há opção, as organizações para sobreviverem no mercado competitivo devem saber criar e continuar criando diferenciais, caso contrário; podem considerar-se fora da faixa de mercado.

Os modelos de gestão da qualidade implementados nas organizações constituem parte desta história, dentre eles, *Total Quality Management* (PINTO et al., 2008), *Join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAH, 2011) e a Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2011).

Em contrapartida, esse novo sistema começou a ser visto nas organizações como uma tarefa a mais que sobrecarrega as pessoas, e não como um instrumento de melhoria. Diante disso, fez-se necessária a criação de uma cultura voltada para a qualidade dentro das organizações; visto que a busca incessante por essas certificações é apenas uma parte da busca pela melhoria da qualidade. Desse modo, a cultura organizacional é considerada como sendo o conjunto de valores e crenças de uma sociedade, ou seja, cria-se a cultura da qualidade; quando a organização e seus integrantes consideram a política e/ou programa de qualidade relevante (PALADINI, 2009). Isso pode acarretar mudanças nas organizações.

2.3 GESTÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE

A preocupação com a qualidade na saúde, também, intensificou-se, a partir do século XX, com o aparecimento da medicina científica. Isso exigiu das instituições hospitalares um processo de trabalho diferencial para adaptar-se a essas mudanças, sendo a qualidade da assistência prestada ao cliente o foco dessa exigência (MANZO, 2009; RUTHES; CUNHA, 2007).

Mediante esse contexto, a Organização Panamericana de Saúde, na década de 90, passou a discutir quais são as melhores ações adotadas nas práticas de saúde dessas organizações; para, assim, garantir qualidade nos serviços prestados (OPAS, 2011). Isso envolve busca de novos conceitos e atualização de técnicas por parte dos colaboradores de instituições hospitalares, em específico, gestores de saúde, a fim de

aperfeiçoarem a prática assistencial e garantirem a qualidade. A equipe de enfermagem, centrada no aprimoramento da qualidade da assistência, aproxima-se da expectativa do cliente que recebe esse serviço (FONSECA et al., 2005).

É pertinente destacar, também, que, no cenário da gestão das políticas públicas, emergiu a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família. Esse projeto foi inserido no contexto da avaliação da Atenção Básica e está dirigido ao âmbito municipal, oferecendo instrumentos para Gestão da Qualidade: a estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2002a).

Segundo Balsanelli e Jericó (2005), as instituições, atualmente, buscam a excelência de suas ações; sendo a satisfação do cliente uma delas. Em relação à expectativa do cliente, deve-se levar em conta a certificação do mesmo acerca de seus direitos. Exercer seu poder de cidadão de forma consciente e questionadora dentro do processo da assistência prestada pode exigir dos profissionais de saúde clareza das questões éticas, envolvidas nesse contexto. Isso implica uma relação interpessoal do cliente com a equipe de maneira segura. Concorda-se com Chaves, Costa e Lunardi que:

Todo paciente hospitalizado tem direito a um atendimento atencioso e respeitoso, à dignidade pessoal, ao sigilo ou ao segredo profissional; de conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento prognóstico; de recusar tratamentos e de ser informado sobre as consequências desta opção e também de reclamar do que discorda sem que a qualidade de seu tratamento seja afetada (CHAVES; COSTA; LUNARDI, 2005, p. 39).

Em consonância, Paladini (2009) diz que esse processo reflete-se na melhoria da imagem da empresa perante a sociedade, demonstrando preocupação com a satisfação do cliente. Assim, muito se tem discutido a respeito das competências organizacionais e profissionais, destacando-se estas como ferramentas essenciais para o processo de gestão. No âmbito da gestão de enfermagem, entende-se que essas competências formam um conjunto de atividades gerenciais e assistenciais que se caracterizam pelo exercício da liderança (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010).

O planejamento, a coordenação, a supervisão, o controle e a

avaliação constituem a dimensão técnica do processo de gerenciamento dos enfermeiros nas organizações hospitalares (SANTOS; GARLET; LIMA, 2009). Corroborando, Martini et al. (2009) definem sistematização como sendo a materialização e produção do saber. Para Paladini (2009), a normalização oficializa os procedimentos, dando consistência aos processos, mantendo a fidelidade do consumidor. Isso reforça a idéia de que, ao adotarem condutas que venham estabelecer padronização de processos e produção de conhecimento na prática de gestão, os enfermeiros estão reforçando as estratégias de inovação no seu processo de trabalho.

Os enfermeiros gestores, portanto, estão inseridos no processo da gestão da qualidade; visto que as organizações de saúde prezam por uma assistência de qualidade, estando esta atrelada a práticas e ações que visam à segurança da clientela, fazendo com que a mesma tenha satisfação pelos serviços prestados. Isso evidencia a existência de criação de um diferencial na prática desses profissionais, ratificando a presença da gestão estratégica da qualidade (PALADINI, 2009) no processo de trabalho dos enfermeiros gestores.

2.4 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E O GERENCIAMENTO DE RISCO

De acordo com alguns estudos (BRASIL, 2002b; GASTAL et al., 2004; MANZO, 2009), o processo de Acreditação Hospitalar constitui-se em um método de avaliação das instituições prestadoras de serviços de saúde objetivando garantir a qualidade dos serviços prestados. Vale ressaltar que esse processo é permeado por consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais (LIMA; ERDMANN, 2006).

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde de acordo com portaria GM/MS nº 1.107 de 14 de junho de 1995. Nesse âmbito, a Portaria GM/MS nº 538 de 17 de abril de 2001 reconhece a Organização Nacional de Acreditação (ONA) como sendo a instituição competente e autorizada para desenvolver o processo de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002b).

A Organização Nacional de Acreditação constitui um órgão não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos, de direito coletivo, com abrangência no território brasileiro. Tem por finalidade promover e implementar a avaliação e

certificação da qualidade dos serviços de saúde (GASTAL et al., 2004; LIMA; ERDMANN, 2006; ONA, 2011).

O serviço de avaliação externa é realizado por instituições acreditadoras vinculadas à ONA, dentre as quais podemos citar a *British Standards Institution* – BSI; Sistema Nacional de Acreditação Ltda-DICQ; *Det Norske Veritas* – DNV; Fundação Carlos Alberto Vanzolini – FCAV; *Germanischer Lloyd Certification South America*- GL; Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde – IAHCS; Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços em Saúde; - IPASS; Instituto Qualisa de Gestão – IQG (ONA, 2011).

Para Gastal et al. (2004), o objetivo dessas instituições acreditadoras que atuam nas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde é efetuar a avaliação e recomendação da certificação de qualidade do serviços dentro das normas técnicas previstas, no território nacional. O processo de certificação indica para os consumidores que os serviços prestados atendam aos padrões de qualidade (MARTINI et al., 2009).

A instituição de saúde interessada nessa avaliação manifesta o seu interesse, diretamente, a uma das instituições acreditadoras credenciadas. Alguns requisitos, no entanto, após essa solicitação fazem-se necessários, como possuir alvará de funcionamento, licença sanitária e registro do responsável técnico no Conselho Regional de Medicina (CRM); e recolher a taxa de inscrição para o processo de avaliação para a certificação, junto à Organização Nacional de Acreditação, antes do processo de visita. O prazo máximo para início da avaliação da instituição é de 30 dias, após comprovação do pagamento da inscrição (ONA, 2011).

A avaliação para certificação pode conferir à instituição que foram avaliadas as seguintes certificações: Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência (BRASIL, 2002b; GASTAL et al., 2004). Isso vai depender da conformidade dos padrões exigidos e verificados na avaliação divididos em nível 1, nível 2 e nível 3:

- Nível 1: Relacionado ao princípio de Segurança, contemplando avaliação da qualidade da assistência prestada ao cliente, habilitação do corpo funcional, atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência para a execução coerente de suas tarefas.

- Nível 2: Relacionado ao princípio de Segurança e Organização contemplando a existência de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados, disponíveis e aplicados, evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nas ações assistenciais e nos procedimentos médicos-sanitários, evidências de atuação focalizadas no cliente/paciente.

- Nível 3: Relacionado ao princípio de Segurança, Organização e Práticas de Gestão e Qualidade, contemplando evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas; atingindo a organização de modo global e sistêmico, utilização de sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística e sustentação de resultados, utilização de sistemas de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos), e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade; implantado, com evidências de impacto sistêmico (BRASIL, 2002b, p. 26-27)

Nesse sentido, a busca incessante pela melhoria da qualidade dentro das organizações prestadoras de serviços de saúde desperta nas gestões vigentes o interesse pelas certificações de qualidade. Tais instituições certificadas passam a ser vistas de forma positiva pelos clientes, pois os mesmos se sentem seguros (FRANCO et al., 2010). Isso ratifica o programa de acreditação hospitalar como sendo uma ferramenta do processo de gerenciamento destas organizações.

Conforme foi mencionado nesse estudo, a implementação da Acreditação Hospitalar nas organizações prestadoras de serviços de saúde avalia processos pertinentes ao gerenciamento da assistência de enfermagem. Isso pode exigir do enfermeiro gestor habilidades específicas, fazendo-se necessária a compreensão da sua atuação nesse processo.

Desse modo, mudanças intensas, nos processos de gestão da qualidade, podem concretizar-se como desafio para esses profissionais; visto que as organizações hospitalares continuam marcadas por crises, tensões entre múltiplos interesses, e, neste jogo de forças, a

configuração do hospital tem-se modificado. O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar visa um processo permanente de melhoria da qualidade assistencial (ONA, 2011.), podendo constituir uma dessas reformas.

Toda atitude que venha ser nova na instituição pode necessitar de aprimoramento. Acreditação Hospitalar é um método que contempla o processo de educação permanente de seus líderes (LIMA; ERDMANN, 2006).

Em consonância com essas autoras, Ruthes e Cunha (2007) complementam que “o sucesso competitivo depende cada vez mais do aprendizado, mas a maioria das pessoas não sabe aprender”; o que nos evidencia a relevância da sensibilização dos profissionais no processo de implantação de sistemas de qualidade. Do contrário, o insucesso dessa organização pode fazer-se presente; visto que, segundo Chiavenatto (2009), a organização é um conjunto integrado de pessoas, recursos e competências, na busca de um objetivo comum.

Assim, enfermeiro gestores, atrelados ao contexto de gerenciamento da qualidade da assistência, devem intensificar suas potencialidades múltiplas como meta comum a todos. Concordando, Weber e Grisci (2010), destacam que os enfermeiros ao assumirem cargos de chefias devem não apenas administrar de forma eficiente, como também, estimular e liderar sua equipe de trabalho para mobilização frente às novas demandas.

Os enfermeiros gestores das instituições hospitalares, sensibilizados da compreensão de seu papel na implementação das atuais políticas de qualidade, nesse caso, e instrumentalizados quanto à sua atuação nesse processo, podem transcender às práticas atuais de gerenciamento; permitindo, assim, benefícios institucionais que refletem na melhoria da qualidade do serviço prestado. A transcendência dessas práticas pode estar atrelada à implementação de estratégias gerenciais, como pode ser o caso dos programas de qualidade.

De acordo com Brasil (2006), a RDC nº. 93 de 23 de maio de 2006 aprova o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o Processo de Avaliação. Esse manual contém descrições dos padrões considerados aceitáveis nas práticas das organizações de saúde, proporcionando assistência segura e de qualidade.

Em conformidade com esse processo, a *International Organization for Standardization* (ISO) que estabelece as normas para as empresas, governo e sociedade apresentou a NBR ISO 14971:2007 a qual “especifica um processo para um fabricante para identificar os

riscos associados com dispositivos médicos, incluindo diagnóstico *in vitro* (IVD), a fim de estimar e avaliar os riscos associados, para controlar esses riscos, e para monitorar a eficácia dos controles” (ISO, 2007) [tradução nossa].

Sendo assim, estabelece-se padrões de garantia de segurança para produtos e serviços relacionados à saúde; e, com isso, começa-se a discutir a implementação de programas que visem a garantir tal segurança. Como exemplo, podemos mencionar o gerenciamento de risco hospitalar.

O gerenciamento de risco, conforme alguns estudos (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010) tem por objetivo prevenir riscos/danos aos clientes e, assim, proporcionar uma assistência segura e de qualidade. Dessa forma, identificar as causas dos eventos adversos presentes no processo assistencial o que implica na formulação de estratégias de ação para minimizar e/ou erradicar tais problemas.

No que se refere ao processo histórico, o gerenciamento de risco na saúde, teve início nos Estados Unidos das Américas em meados de 1920. Entretanto, a partir do segundo semestre de 2001, a ANVISA, começa a investir em uma estratégia para vigilância de serviços e produtos de saúde pós-comercialização o qual culminou na Rede Brasileira de Hospitais Sentinela. Essa rede é composta, atualmente, por 208 hospitais de ensino e/ou alta complexidade, sendo que cada instituição hospitalar tem nomeado um gerente de risco que possui por função divulgar o seu papel, buscar informações de eventos adversos e de queixas técnicas, relacionadas aos produtos de saúde, notificando essas informações para a ANVISA por meio do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária – NOTIVISA - (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, o sistema de notificação, que faz parte do gerenciamento de risco promove a prática do aprender com os erros, permite a prevenção de problemas futuros; promove mudanças efetivas em políticas e em procedimentos, cria mecanismos de proteção o que requer a segurança do paciente. Entretanto, para que isso seja efetivo e diante da mudança cultural que se insere no gerenciamento de risco, faz-se necessário a criação de um ambiente de aprendizado em que se evita buscar culpados com conseqüente punição, produzindo um local inibidor de identificação de problemas, e, sim, busca-se o erro, aprendendo com isso, concretizando, então, um espaço estimulador da identificação de problemas (ABIMO, 2010).

No âmbito do processo de trabalho da enfermagem está inserida a avaliação da qualidade da assistência, e, para que isso seja mensurado, faz-se necessário controlar, supervisionar e avaliar as ações por meio de

indicadores assistenciais (BECCARIA et al., 2009). Na percepção de Franco et al. (2010), dentre os vários indicadores, encontra-se o índice de eventos adversos ou ocorrências iatrogênicas, que aponta como principal agente causador o fator humano. O risco, no entanto, é considerado o oposto da segurança, assim sendo, quanto menor o risco, maior a segurança e, conseqüentemente, melhor a qualidade dos processos, produtos e/ou serviços (ABIMO, 2010).

Ao se compreender, portanto, que o gerenciamento de risco está atrelado à prevenção de riscos, o que irá implicar o melhoramento da qualidade da assistência prestada e garantir maior segurança ao cliente, pode-se considerar que as ações estabelecidas no programa de gerenciamento de risco, podem facilitar a implementação do processo de acreditação hospitalar, uma vez que, os padrões exigidos para receber certificação de acreditado, abordam as conformidades relacionadas aos processos de segurança.

2.5 O PENSAMENTO COMPLEXO E AS MELHORES PRÁTICAS DO ENFERMEIRO GESTOR

Na busca pela sustentação do caso que constituiu essa pesquisa utilizou-se, como base teórica, o pensamento complexo de Edgar Morin. Optou-se por essa teoria no sentido de identificar, interpretar e elucidar as melhores práticas adotadas pelo enfermeiro gestor, em um programa de gerenciamento de risco, que apontam para acreditação.

A teoria da complexidade de Edgar Morin tem por base o pensamento complexo, que ele considera um desafio atual. Enfatizando ser a reforma do pensamento, a qual permitiria o pleno emprego da inteligência para responder a esses desafios (MORIN, 2010a). Diante disso, Morin afirma que:

A um primeiro olhar, a complexidade é um tecido (*Complexus*: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Além disso, a complexidade é um tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico. (MORIN, 2011a, p. 13).

Diante dessa égide a teoria de Edgar Morin (2010a; 2010b; 2011a), enfatiza que o pensamento complexo é composto por sete

princípios básicos, os quais se complementam e são interdependentes entre si. Nesse sentido, destaca-se:

- Princípio Sistêmico ou Organizacional: É a ligação entre o conhecimento das partes e do todo. Isso evidencia que a soma das partes não se diminui a soma do todo.

- Princípio Holográfico: Evidencia o paradoxo da complexidade, elucidando que não apenas as partes estão no todo, mas também o todo está inserido nas partes.

- Princípio do circuito retroativo: Em que a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa, rompendo com o princípio da causalidade linear.

- Princípio do circuito recursivo: Em que os produtos e os efeitos são eles mesmos produtores e causadores daquilo que os produzem.

- Princípio da autonomia/dependência: Fundamenta-se na dependência do meio ambiente, passando ser um conceito complementar de dependência, embora se pareça antagônico. Um sistema autônomo aberto deve ser ao mesmo tempo fechado; preservando, assim, sua individualidade e sua originalidade.

- Princípio dialógico: Significando que duas lógicas estão unidas sem que essa unidade faça com que se perca a dualidade. O homem é um ser totalmente cultural, biológico, a um só tempo, um ser multidimensional, contemplando suas dimensões culturais, biológicas e social.

- Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento: Em que todo conhecimento é reconstruído por uma mente numa dada época e cultura determinada. Esse princípio opera a restauração do sujeito.

Diante desse contexto, ressalta-se que:

Durante toda sua vida, Morin foi animado e inspirado pela necessidade de romper com a ideia de um saber parcelado, acreditando na incompletude de todo e qualquer conhecimento. Por isso, fala das incertezas da ciência e da importância em distinguirmos os diferentes aspectos do nosso pensamento, mas jamais isolando-os, separando-os entre si. Esse é o cerne do pensamento complexo: distinguir, mas não separar (PETRAGLIA, 2008, p. 58).

Partindo da premissa de que a teoria permite o conhecimento, ao

introduzir no processo de trabalho da enfermagem a teoria da complexidade, estamos avançando não só na prática do labor, como também reformando pensamentos. Nesse sentido, essa teoria concretiza seu papel cognitivo; garantindo o pleno emprego da atividade mental do sujeito (MORIN, 2010a).

O saber fragmentado faz com que o pensamento não seja reformado, isto é, não se pensa no complexo. Não se estabelece uma ligação entre as partes e o todo. Quando não se permite entender esta inter-relação das partes com o todo e do todo com as partes, dentro de um contexto, que influencia o meio, a fragmentação intensifica-se. Isso reflete nas ciências do conhecimento, distorcendo o real sentido da teoria da complexidade (MORIN, 2010a).

Enquanto o global e o complexo se distanciarem das práticas de gestão dos enfermeiros, a inteligência científica desses profissionais pode se fazer limitada. Isso, por consequência, produz um resultado fragmentado dos processos que constituem o sistema, no caso, as melhores práticas da gestão da qualidade em um programa de gerenciamento de risco.

Acredita-se que a enfermagem está imersa num sistema, com relações e interações entre pessoas e serviços; permeada por um processo de aprender por meio da inteligência científica, baseada nos princípios que regem o pensamento complexo. Esse pensamento sensibiliza a aptidão de globalizar e contextualizar os saberes, tornando-o parte da cultura da humanidade, da prática profissional e da sociedade.

Nessa ótica, Morin (2010a; 2010b) afirma que a condição humana exige um entendimento desse ser que habita o planeta em seu contexto, sendo necessário, entender a totalidade dos processos que constituem a vida do homem. Considera-se, então, a enfermagem como sendo o desenvolvimento de arte e ciência diante de um contexto no qual se destaca a saúde do ser humano.

A Saúde é um processo da existência humana, relacionado à consciência individual e coletiva e às condições de vida. Expressa-se histórica, política, social e culturalmente de forma singular, subjetiva e objetiva na interação dos indivíduos e da coletividade com o ambiente, seus condicionantes e determinantes. Caracteriza-se pela capacidade do ser humano em realizar seus objetivos vitais durante a sua existência em condições sociais, culturais e ambientais diversas (PAHO, 2002; SCLIAR, 2007). Assim, considera-se que a saúde pode ser um processo de equilíbrio em que o ser humano busca em seu modo de viver. A autonomia e o autocontrole, desenvolvidos em busca desse equilíbrio; permitem um modo de viver saudável, o que nos exercita a conhecer o

complexo processo de viver humano em busca do completo estado de saúde.

O Ser humano é o ser enfermeiro gestor, considerado ser racional e irracional, sujeito de atividade intensa, capaz de apresentar ações e reações, fazendo parte da sua construção as influências internas e externas que os circundam. É um, ser ao mesmo tempo: territorial, político, cultural, histórico, místico, religioso; o qual depende do seu meio ambiente, seja ele biológico, cultural ou social (MORIN, 2010a).

Diante disso, o ser humano enfermeiro gestor é um ser sujeito subjetivo/objetivado dotado de uma personalidade única. Isso o potencializa a pensar, a apreender, a agir, a interagir e a gerar mudanças no contexto do processo de gestão. As múltiplas visões paradigmáticas que norteiam a prática de gestão dos enfermeiros, os aspectos definidores vindos da cultura organizacional da instituição e a relação com meio ambiente, ratifica a necessidade de um pensar diferente.

O meio ambiente é considerado o contexto do processo de gestão do enfermeiro gestor e o produto dessas relações e interações, constituindo o todo, diante da complexidade desse sistema. Reconhecer a unidade dentro do diverso, o diverso dentro da unidade, constitui o todo, o meio, a cultura. A esse contexto denomina-se ambiente (MORIN, 2010a; 2010b). Isso implica em um conceito de meio ambiente como sendo o contexto hospitalar no qual se insere a prática de gestão dos enfermeiros, no qual reflete-se a multiplicidade das culturas, a história, os valores e as crenças desses profissionais.

Segundo Chiavenato (2009), a administração é a forma que as organizações articulam-se e integram-se; a fim de alcançar objetivos pré-determinados, sem isso, a organização não consegue o seu fazer e perde totalmente seu sentido de existir. Assim sendo, diante da busca pela reforma do pensamento, Morin (2010a, 2010b) define que sistemas constituem um todo, o qual engloba múltiplas partes as quais são entidades, inseparavelmente, ligadas ao seu meio ambiente, sendo realmente conhecidas quando inseridas em seu contexto de vida real.

Partindo desses conceitos, considera-se que a gestão hospitalar como sendo um sistema complexo, de múltiplas unidades, articuladas e integradas em um determinado contexto. Isso evidencia que deve emergir dos processos administrativos maneiras, formas, estratégias que permitam articular as unidades dos sistemas objetivando alcançar objetivos pré-determinados os quais constituem a missão e/ou visão específica de cada organização.

Dessa forma, a qualidade e a segurança são consideradas a base do trabalho diário dos profissionais que atuam nas organizações de

saúde. Esses processos definem como a equipe de saúde avalia as necessidades dos pacientes e provêem cuidados (JCHO, 2011). Considera-se, então, a base complexa paradigmática do processo de trabalho dos enfermeiros gestores no que se refere à avaliação da qualidade da assistência.

De acordo com Morin (2010a, p. 114), “Um paradigma impera sobre as mentes porque instituem os conceitos soberanos e sua relação lógica (disjunção, conjunção, implicação), que governam, ocultamente, as concepções e as teorias científicas, realizadas sob seu império”.

Assim sendo, os enfermeiros que atuam na gestão hospitalar necessitam estarem sensibilizados da relevância de instituir novos pensamentos, reformulando suas práticas e desmistificando paradigmas fragmentados que permeiam as ciências da saúde. Isso dificulta a integração dos saberes referentes a qualidade da assistência nas diferentes equipes que visam qualidade dos processos assistenciais.

A acreditação é definida como um sistema de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde (ONA, 2011). Isso implica na avaliação da qualidade dos serviços dentro das organizações hospitalares. Para avaliar esses processos interconectados, no entanto, precisamos entender as melhores práticas adotadas, para assim, torná-lo efetivo.

A qualidade da assistência é um processo sistemático, detalhado, integrado e avaliativo das práticas assistenciais dos profissionais de saúde; objetivando atender às necessidades do paciente. Ratificando, Chiavenatto (2009) afirma que uma organização é um conjunto integrado de pessoas, recursos e competências reunidos para alcançarem determinados objetivos em comum. A globalidade destes processos constitui o contexto da organização.

Nessa perspectiva Morin (2010b) enfatiza que o entendimento das relações e inter-retro-ações entre cada fenômeno e seu contexto, as relações de reciprocidade entre o todo e as partes, permitem identificarmos como uma modificação local repercute sobre o todo e como uma modificação do todo repercute sobre as partes.

Igualmente, considera-se melhores práticas como sendo um instrumento facilitador da avaliação da qualidade dos processos de enfermagem. Essa avaliação requer identificação dos processos, contextualização da prática, compreensão das ações, dos sujeitos e suas inter-relações e retroações com o meio ambiente. É, entretanto, necessário inserir essas informações em seu contexto real para que, assim, obtenham-se sentido a essa prática (MORIN, 2010a; 2010b; 2011a; 2011b).

Assim sendo, o desenvolvimento das ações de planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação, sob a ótica da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na gestão dos enfermeiros, evidenciam a adoção de melhores práticas sob a perspectiva do cuidado complexo, em que os profissionais levam em conta o contexto, a multidimensionalidade dos processos, a totalidade das partes que compõe o todo (MORIN, 2010a; 2010b; 2011a; 2011b).

A utilização, portanto, de um referencial teórico; embasado na complexidade, permite situar os dados em seu contexto de vida real, dando sentido aos mesmos, compreende as relações entre o todo e as partes; reconhece o caráter multidimensional do ser humano. Isso não permite que os processos sejam fragmentados, isto é, no âmbito da enfermagem pressupõe um cuidado integral. Acrescentando, a complexidade que faz parte das práticas hospitalares pode fazer com que os gestores fiquem à mercê de um sistema que vem se modificando ao longo dos tempos. Isso nos permite dizer que a inserção do pensamento complexo na prática dos enfermeiros gestores é considerar a adoção de uma melhor prática.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso único, exploratório, de abordagem qualitativa, com o intuito de investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade no seu contexto de vida real (YIN, 2010).

Segundo Mays e Pope (2009), a pesquisa qualitativa interpreta os fenômenos sociais de acordo com os sentidos atribuídos pelas pessoas referentes a tais fenômenos. No que se refere ao método de estudo de caso, Minayo (2010) afirma que essa abordagem metodológica emprega a investigação qualitativa mapeando, descrevendo e analisando o contexto, as relações e as percepções a respeito do fenômeno em questão, gerando conhecimento sobre características significativas dos eventos vivenciados.

Assim, estudos (MOLINA, 2004; YIN, 2010) destacam que o estudo de caso focaliza um fenômeno contemporâneo, no seu contexto real; sendo uma busca para entender fenômenos sociais complexos, salientando, descrevendo e analisando algo, em termos complexos e compreensivos, constituindo uma voz que pode, em um instante determinado, condensar as tensões e os desejos de outras tantas vozes silenciadas. Sendo assim, no sentido de explorar o fenômeno contemporâneo desse estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa, utilizando a estratégia metodológica do Estudo de Caso.

O estudo de caso é caracterizado pela utilização de múltiplos métodos de coleta de dados, com o intuito de conhecer o fenômeno nas suas múltiplas faces. Estende-se a diversas áreas do conhecimento, entre elas, a administração, ciência política, psicoterapia e casos clínicos (MAZZOTI, 2006; VENTURA, 2007). Nesse sentido, essa metodologia de pesquisa, estabeleceu uma iniciativa para mudanças nos serviços de saúde; estudando empiricamente a implantação de políticas (POPE; MAYS, 2009).

Segundo Yin (2010), o caso pode ser um indivíduo, evento ou entidade, sendo realizado sobre decisões, programas, processo de implementação e mudanças organizacionais; definidos como unidade de análise e/ou o caso. Entretanto, Stake (1978) enfatiza que o caso não precisa ser, necessariamente, uma pessoa ou empresa, mas qualquer sistema, desde que o mesmo seja delimitado e de interesse para a investigação. Partindo dessa premissa, o caso delimitado para essa investigação foi “melhores práticas de gestão dos enfermeiros, em um programa de gerenciamento de risco, as quais apontam para

acreditação”.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um hospital geral, filantrópico, privado, de grande porte (237 leitos ativos), situado em um Estado da Região Sul do País.

Os serviços hospitalares prestados por essa organização incluem serviços especializados, cirurgias e tratamentos. Os atendimentos prestados constituem 60% através do Sistema Único de Saúde - SUS e 40% por outros convênios, totalizando 8.900 internações/ano, com uma média de permanência de 7,42 dias e uma taxa de ocupação hospitalar anual de 81,80%. Os prontuários de todos os pacientes atendidos são mantidos em arquivo físico desde a inauguração da instituição. Esse serviço visa a fornecer uma base de dados fidedigna, para acompanhamento médico, pesquisa de seguradoras, plano de pensões, aposentadorias, invalidez e, também, como fonte de dados para pesquisas universitárias (IHC, 2010).

A equipe de profissionais que atua na instituição é formada por mais de 800 colaboradores, trabalhando com base na missão institucional que é de “prestar serviços de saúde de qualidade, com profissionais qualificados e éticos, através da busca de novas tecnologias valorizando o cliente e respeitando o meio ambiente”. Em consonância com essa premissa; consta, no planejamento estratégico dessa instituição, o processo de qualificação de seus serviços e a implementação de programas de qualidade (IHC, 2010).

A instituição, hoje em dia, tem implementado o plano de gerenciamento de risco hospitalar, para assim, garantir o gerenciamento dos riscos institucionais e a garantia da qualidade dos processos. A fim de que haja a execução do plano conta com um comitê formado por uma farmacêutica, três enfermeiras (assistencial, SCIH e gerência assistencial), um médico, um engenheiro de segurança do trabalho, um analista e a uma assessora de qualidade (gerente de risco). Esse grupo trabalha no intuito de mapear, avaliar e classificar os riscos institucionais; definindo assim as melhores práticas para evitá-los.

Desse modo, é meta perseguida pelos gestores e inserida no planejamento estratégico, desde o ano de 2008, a implementação da acreditação hospitalar. Nesse período foi simulada uma avaliação prévia, com metodologia utilizada pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG), instituição acreditadora da Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2011). Tal processo foi realizado com o intuito de identificar e corrigir

as inconformidades nas instalações e procedimentos, a fim de preparar a instituição para a visita dos técnicos avaliadores do IQG objetivando a certificação.

Os registros do último relatório, enviado por essa instituição, apontaram que a maior parte das não conformidades em seus processos estavam relacionadas às ações de segurança (ALEXANDRE et al., 2008). Frente a isso, o gerenciamento de risco veio a complementar o processo de implantação da acreditação hospitalar.

Diante do exposto, a escolha por tal contexto da pesquisa, deu-se ao fato dessa organização de saúde fazer parte da rede de Hospitais Sentinela, junto a ANVISA; e, também, por ter perspectiva para implantação do processo de acreditação hospitalar. Isso permitiu uma melhor exploração do caso, uma vez que as práticas adotadas no gerenciamento de risco apontam para acreditação hospitalar.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram oito enfermeiras² que atuam, respectivamente, na direção de enfermagem, coordenação de enfermagem, educação corporativa, comissão de infecção hospitalar e gerenciamento do cuidado.

O total de enfermeiros que atuam nessa organização, até a presente data, totaliza 45 profissionais. Destes, 01 exerce cargo de gerência, 05 ocupam cargos de chefia; 01 exerce atividades educativas; 01 exerce atividades no serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH); 05 exercem funções administrativas (auditoria, serviço de arquivos médicos, internação, setor de imagens) e 32 atuam como enfermeiros assistenciais (informação verbal³). Ressalta-se que com exceção do cargo de gerência, da enfermeira do SCIH e de uma das gerentes do cuidado (assistenciais), os demais agem de forma indireta no comitê de gerenciamento de risco.

Assim, a seleção dos participantes levou em consideração o número de enfermeiras que compõem o comitê de gerenciamento de risco e, também, enfermeiras que participam do programa de gerenciamento de risco indiretamente, como é o caso dos enfermeiros assistenciais e da enfermeira da educação corporativa. No decorrer da

² Diante da participação de um único enfermeiro no estudo, optamos por mencionar no texto o gênero feminino.

³ Informações concedidas pela Gerente de Enfermagem no departamento de gerência de enfermagem de um Hospital Privado em Florianópolis, em set. de 2010.

pesquisa, viu-se a necessidade da inclusão da gerente técnica de gerenciamento de risco, pelo fato dos demais participantes enfatizarem a importância da mesma na efetividade das ações, que compõem o programa de gerenciamento de risco da instituição. Essa participante, no entanto, tem formação em economia, mas, como gestora do programa; considera-se que tenha clareza do que se espera da atuação do enfermeiro nesse processo.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados deu-se no período de maio à setembro de 2011, por meio de análise documental, entrevistas e observação não participante.

3.4.1. Análise Documental

Primeiramente, realizou-se uma **análise documental**, a qual consiste na avaliação e interpretação de informações; contidas em um documento, tais como cartas, memorandos, minutas de reuniões, relatórios escritos e documentos administrativos (YIN, 2010). A análise foi feita em um período de aproximadamente trinta dias, com a observação detalhada dos registros, contidos no documento intitulado Plano de Gerenciamento de Risco. Esse documento foi elaborado pelo comitê de gerenciamento de risco, em setembro de 2008, objetivando garantir a implantação de ações de gerenciamento de risco e a garantia da qualidade do cuidado (ALEXANDRE et al., 2008).

A documentação, por corroborar e elevar a evidência de outras fontes, é considerada uma fonte flexível o que a tornou relevante para o estudo. Caso essa evidência documental viesse a ser contraditória, as demais; far-se-ia necessário investigar, mais profundamente, o tópico (YIN, 2010). Dessa forma, foi conduzida a investigação convenientemente e com foco na informação pertinente ao caso estudado.

Nesse estudo foram analisados os registros contidos no Plano de Gerenciamento de Risco. Diariamente, após coleta documental era efetuada uma leitura detalhada do documento; registrando, em arquivo Word, as informações julgadas pertinentes aos objetivos do estudo, para, posteriormente, ser realizada a triangulação desses dados com as demais técnicas de coleta de dados.

Assim, foi realizada a triagem dos materiais de acordo com a centralidade da investigação; despendendo um tempo maior para leitura

e revisão da parte central, eliminando materiais menos importantes para uma revisão posterior (YIN, 2010).

3.4.2. Entrevistas

Após a análise documental, iniciaram-se as entrevistas, em profundidade, “em que o informante é convidado a falar livremente sobre o tema e as perguntas do investigador, quando não são feitas, buscam dar mais profundidade as reflexões” (MINAYO, 2010, p. 262). Tais entrevistas foram norteadas por um instrumento (Apêndice A); contendo perguntas abertas, com foco nas melhores práticas, gestão da qualidade hospitalar, gerenciamento de risco e acreditação hospitalar, sendo que, esses temas estavam diretamente relacionados à atuação do enfermeiro gestor. A duração das entrevistas variou entre 20 e 60 minutos, sendo realizadas no ambiente de trabalho das participantes conforme data e horário, acordado previamente.

As entrevistas, em profundidade, são constituídas por perguntas abertas e/ou fechadas aos respondentes chaves sobre os fatos do assunto, assim como, suas opiniões a respeito dos eventos (YIN, 2010). Isso permite que se estabeleça uma construção de diálogos antagônicos, os quais a ação e reação destas falas contrárias, produzam um saber próprio do fenômeno a ser interpretado (DEMO, 2007; MEIRELLES, 1998; MORIN, 2010b).

Assim, a partir da relação dialógica, estabelecida entre pesquisador e participantes desse estudo e, após gravação em áudio, todas as entrevistas foram transcritas e digitadas em arquivo Word; armazenadas em arquivos e dispositivos eletrônicos. Após essa transcrição, os dados foram organizados; de forma agrupar informações semelhantes, no intuito de identificar os códigos de análise para formação das subcategorias que determinaram as categorias centrais do estudo.

3.4.3 Observação não participante

Complementando essas duas técnicas de coleta de dados, foi utilizada a **técnica de observação não participante**, confrontando as demais informações. As observações ocorreram no turno da manhã, em três unidades de internação médico-cirúrgicas; visando a observar a cultura do gerenciamento de risco no campo operacional.

Diante disso, foram observadas as ações de cuidado, a realização de procedimentos e os registros realizados pela equipe assistencial

referentes aos eventos adversos, isto é; o número de incidentes como queda, flebite, exteriorização de sondas e medicamentos não administrados. Na presença dos eventos adversos; também, foi observado se a equipe de enfermagem seguia o fluxo operacional de registro dos eventos disponíveis no prontuário eletrônico, ou seja, observava-se a presença de notificação ou subnotificação dos eventos.

O estudo de caso deve ocorrer no ambiente natural do caso, o que cria oportunidades para as observações diretas (YIN, 2010). Isso ratifica a escolha da utilização dessa fonte de evidência. Diante disto, Creswell (2007) enfatiza que as observações constituem uma forma de coletar dados em que o pesquisador pode tomar notas de campo sobre o comportamento, e as atividades das pessoas; dessa forma, registram-se as atividades no local da pesquisa. Assim sendo, as notas de campo foram realizadas, diariamente, no local da pesquisa e, após a saída do campo, os dados foram organizados em arquivo Word.

De acordo com Yin (2010), não há um ponto de término claro na coleta de dados do estudo de caso. Quando a coleta de dados estiver suficiente para que se tenha evidência confirmatória para os tópicos principais será finalizada tal etapa. A partir desse momento, então, inicia-se a triangulação e análise dos dados.

Com essa perspectiva, o estudo utilizou múltiplas fontes de evidência; as quais proporcionaram várias avaliações do mesmo fenômeno, permitindo que o investigador aborde uma variação maior dos aspectos comportamentais desenvolvendo assim uma linha convergente de investigação, que define e justifica a importância da triangulação dos dados no uso do método (YIN, 2010). A partir daí, deu-se início da análise dos dados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Cabe ressaltar que os dados foram triangulados a partir da utilização de mais de uma fonte de evidência (documentação, entrevistas e observações não participantes) corroborando para o conhecimento sobre o mesmo fato ou fenômeno. Caso contrário, ao analisar cada fonte de evidência separadamente; comparando as conclusões das diferentes análises e não triangulando os dados (YIN, 2010), dificultaria a interpretação e análise deles.

Diante do contexto em estudo, deu-se o início da análise dos dados por meio de uma proposta operativa. Para Minayo (2010), a proposta caracteriza-se para a análise de conteúdo; levando-se em conta a questão do contexto e da empiria, apoiando-se na crença de que a

verdade dos significados, situa-se, profundamente, nos meandros do sentido dos textos. Partindo desta premissa, a operacionalização dos dados ocorreu em dois momentos, no qual o último compreendeu três fases.

O primeiro momento concretizou-se pelo mapeamento da fase exploratória da investigação, constituindo-se no contexto sócio-histórico do grupo em questão e marco teórico fundamental para análise. O momento seguinte referiu-se à fase interpretativa, sendo esta considerada o ponto de partida e o ponto de chegada de qualquer investigação, isto é, o encontro com os fatos empíricos. Essa etapa foi desenvolvida em três fases:

- **1ª Fase:** Ordenação dos dados por meio dos registros documentais, das entrevistas e das notas das observações. Assim, incluiu-se, aqui, a transcrição das gravações, a releitura de material, a organização dos relatos e dos dados de observação.

A organização dos relatos obedeceu à ordem de realização das entrevistas, ou seja, diariamente após gravação em áudio, eram transcritas e identificadas em ordem numérica. A ordenação dos dados das observações em campo foi organizada também em arquivo Word, na qual os registros diários, realizados nas notas de campo, eram notificados de acordo com a data, hora e o dia da semana em que se realizou a coleta.

- **2ª Fase:** Classificação dos dados mediante realização de leitura horizontal e exaustiva dos textos, em que surgiram as primeiras interpretações, possibilitando captar as idéias centrais. Em seguida, foi realizada uma leitura transversal dos dados, separando material por “unidades de sentido/temas”, dispondo as semelhantes nas mesmas unidades estabelecendo relações entre elas.

Após a primeira classificação, foram reagrupadas todas as unidades de sentido em números menores, elaborando-se duas categorias centrais, intituladas: “Definindo as melhores práticas dos enfermeiros gestores em um programa de gerenciamento de risco”; e “As melhores práticas do enfermeiro gestor, em um programa de gerenciamento de risco, na perspectiva da acreditação ”; compreendendo, assim, o que foi mais relevante para responder à questão norteadora do estudo.

- **3ª Fase:** Constituiu a análise final, em que foi considerado o movimento entre os dados empíricos e teóricos, seguindo um quadro complexo de respostas que acarretaram no esclarecimento da “lógica interna” do fenômeno em estudo.

Diante das definições obtidas, foram interpretadas as informações

contidas nas múltiplas fontes de evidência; utilizadas na coleta de dados; visando estudar o caso sob os mais variados ângulos, permitindo, assim, maior confiabilidade na pesquisa proposta.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos da pesquisa foram seguidos em todas as fases do estudo, de acordo com a Resolução n.196/96 (BRASIL, 1996). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do processo nº 1193/11. Além disso, todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados serão guardados em local seguro por cinco anos, sob responsabilidade das pesquisadoras do estudo.

Além do mais, para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, cada um deles recebeu um codinome, com a opção por nomes de flores, por meio dos quais serão identificados no texto.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão dessa pesquisa foram apresentados na forma de dois artigos, objetivando atender à Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre regras de apresentação e elaboração de dissertações e teses dos cursos de mestrado e doutorado do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2011).

O primeiro artigo, intitulado “elhores práticas na perspectiva dos enfermeiros gestores em um programa de gerenciamento de risco”, será submetido à Revista ACTA Paulista de Enfermagem. Já o segundo artigo, intitulado “Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco: Uma perspectiva para acreditação hospitalar, será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP).

4.1 MANUSCRITO I - MELHORES PRÁTICAS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS GESTORES EM UM PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCO

MELHORES PRÁTICAS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS GESTORES EM UM PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCO

BEST PRACTICES IN VIEW OF NURSE MANAGERS IN A RISK MANAGEMENT PROGRAM

MEJORES PRÁCTICAS DESDE LA PRESPECTIVA DE LOS ENFERMEROS JEFES EN UM PROGRAMA DE GERENCIAMIENTO DE RIESGOS

Veridiana Tavares Costa¹
Betina Hörner Schlindwein Meirelles²

RESUMO

Trata-se de estudo de caso único, de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi definir as melhores práticas na perspectiva dos enfermeiros gestores em um programa de gerenciamento de risco. O cenário foi um hospital privado no Sul do País. Participaram do estudo enfermeiros gestores, que compõem o comitê de gerenciamento de risco, enfermeiros que atuam indiretamente no programa e a gerente de risco. Os dados foram coletados de maio a setembro de 2011, por meio de análise documental, entrevistas e observação não-participante. A partir da triangulação, os dados foram analisados por uma proposta operativa. Os resultados definiram melhores práticas como a padronização de processos e protocolos e um fazer com qualidade. Ambas definições baseiam-se em práticas seguras. Ao explorar estes conceitos, concluí-se

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: veritavarescosta@yahoo.com.br

² Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: betinahsm@ig.com.br

que a adoção das melhores práticas fortalece a gestão dos enfermeiros, possibilitando um pensar e agir efetivo, sistematizando-a, tornando-a clara, definida e com legibilidade; concretizando, assim, um processo interdependente, o qual associa melhores práticas, gerenciamento de risco e gestão da qualidade hospitalar.

Descritores: Benchmarking, Supervisão de Enfermagem, Gerenciamento de risco.

ABSTRACT

This is one exploratory and qualitative case study whose goal was to define the meaning of best practice for nurse manager in a risk management program. The scenario was a private hospital in the south of the Brazilian country and participated in the study nurse managers, who make up the risk management committee, nurses who work indirectly in the program of risk management and the risk manager. Data were collected from May to September 2011, through document analysis, interviews and non-participant observation. From the triangulation, data were analyzed by an operative proposal and it has identified the best practices to standardize the nursing quality work process. By exploring these meanings, we conclude that the adoption of best management practices empowers nurses, enabling one to think and act effectively, streamlining it, making it clear, legal and well defined, realizing thus an interdependent process that combines best practices, risk management and quality management in hospital.

Keywords: Benchmarking, Nurse Supervising, Risk Management.

RESUMEN

Se trata de un único estudio em terreno, desde um abordaje cualitativo, con El objeto de definir las mejores prácticas o normas, desde La perspectiva de los enfermeros jefes em un programa de Gerenciamiento de Riesgos. El escenario fué um hospital privado em El sur Del país. Participaron Del estudio enfermeros jefes, que hacen parte de um Comité de Prevención de Riesgos, enfermeros que actuan indirectamente em El programa y La jefe de Prevención de Riesgos. Los datos fueron recolectados de mayo a septiembre de 2011, por médio de um análisis documental, entrevistas y observación pasiva. A partir de La triangulación, los datos fueron analizados por uma propuesta operativa.

Dichos resultados definieron las mejores prácticas o normas, permitiendo padronizar los procesos y protocolos y un hacer con calidad. Ambas definiciones son basadas em prácticas seguras. Al explorar éstos conceptos, se concluye que La adopción de mejores prácticas o normas fortalece La gestión de los enfermeros, posibilitando um pensar y actuar mas efectivo, sistemático, claro, definido y legible , concretizando así, um proceso Independiente que asocia mejores prácticas o normas, gerenciamiento de riesgos y una gestión de calidad hospitalar.

Descriptor: Benchmarking, Suervición de Enfermagem, Gerenciamiento de Riesgo.

INTRODUÇÃO

Um dos valores da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, diz respeito ao termo excelência, que designa chegar ao padrão mais elevado de qualidade naquilo que fizemos (OPAS, 2011).

No intuito de avaliar os serviços oferecidos à população frente às mudanças ocorridas no sistema de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, foi editado pela OPAS um manual que serviria de instrumento gerencial, para avaliar os serviços prestados nas instituições hospitalares. Isso culminou, em 1998, na criação do manual de acreditação hospitalar contendo regras, normas e procedimentos relacionados com um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde (ONA, 2011).

Ainda, a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA criou, então, a Rede Sentinela; objetivando o fortalecimento no âmbito das organizações hospitalares brasileiras no que se refere à notificação de eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, entre eles, insumos, materiais e medicamentos, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares, garantindo, assim, mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

A crescente preocupação da equipe gestora no que se refere à exposição dos pacientes aos riscos durante sua internação hospitalar, demanda que as organizações tenham profissionais preparados para atuarem num campo em que os avanços tecnológicos e desenvolvimentos assistenciais, destacam-se incessantemente (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010), o que pode ser um diferencial adotado para se chegar à excelência dos serviços.

Ratificando, Martini et al. (2009) afirmam que a evolução dos serviços de saúde gera constante aperfeiçoamento no processo de trabalho dos profissionais envolvidos e associados às condições econômico-financeiras das instituições.

Corroborando com esse processo, as melhores práticas inseridas nas áreas como a saúde, a gestão governamental, o sistema de educação e a gestão de projetos objetivam, também, garantir êxito nas intervenções (OMS, 2008). Além do mais, no âmbito da enfermagem, essa expressão vem tornando-se cada vez mais popular nos últimos anos (IOWA, 2011).

A garantia da segurança, nas práticas assistenciais, com consequente qualidade na assistência prestada, pode ser um dos desafios da equipe gestora, uma vez que a inserção de novas tecnologias vem sendo motivo de preocupação no campo da gestão hospitalar, por tornar-se um fator de risco ao cliente. Adotar melhores práticas pode instrumentalizar a equipe para o enfrentamento dessas questões, considerando que é intensa a preocupação dos profissionais no que se refere à exposição dos pacientes aos riscos durante sua internação hospitalar.

Nessa perspectiva, intensifica-se a preocupação da equipe gestora no âmbito da exposição dos pacientes aos riscos durante sua internação hospitalar; uma vez que os incidentes adversos no âmbito da melhoria contínua de qualidade estão intimamente atrelados ao fator humano (FRANCO et al., 2010). Os incidentes adversos são considerados por Beccaria et al. (2009), como sendo sinônimos de alguns termos, entre eles, falhas, ocorrências, reações, complicações iatrogênicas e erros de enfermagem. Assim, o erro está ligado à vida, sendo considerado um problema prioritário, sobre o qual ainda há muito que pensar (MORIN, 2011b).

Diante do exposto, o conceito de melhores práticas em saúde considera o processo crítico reflexivo, diante das ações realizadas na busca pela efetividade desta prática, como uma ferramenta para o pensar. Conhecer a definição das práticas, torna-se essencial, pois embasado nesse conhecimento, o enfermeiro gestor passa a aplicar na organização a quantidade de intelecto necessária a sua prática (ERDMANN et al., 2006). No entanto, na prática dos enfermeiros, uma definição clara desse termo ainda está indisponível (IOWA, 2011).

Nesse sentido, emergiu a seguinte questão de investigação: Qual a definição das melhores práticas para o enfermeiro gestor em um programa de gerenciamento de risco?

Tal questão norteou esse estudo, cujo objetivo foi definir

melhores práticas na perspectiva dos enfermeiros gestores, em um programa de gerenciamento de risco de um hospital geral; e, assim, compartilhar esse conhecimento na prática da gestão da qualidade hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, com o intuito de investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade no seu contexto de vida real (YIN, 2010).

O estudo de caso é caracterizado pela utilização de múltiplos métodos de coleta de dados, com o objetivo de conhecer o fenômeno nas suas múltiplas faces. A metodologia de pesquisa; constitui uma iniciativa para mudanças nos serviços de saúde, estudando, empiricamente, a implantação de políticas (POPE; MAYS, 2009).

Segundo Yin (2010) o caso pode ser um indivíduo ou algum evento ou entidade. Stake (1978), entretanto, enfatiza que o caso não precisa ser, necessariamente, uma pessoa ou empresa, mas qualquer sistema desde que ele seja delimitado e de interesse para a investigação. Partindo dessa premissa, o caso delimitado para a investigação foi melhores práticas de gestão dos enfermeiros, em um programa de gerenciamento de risco.

O cenário foi um hospital geral, filantrópico, privado, de grande porte (237 leitos ativos), situado em um Estado da Região Sul do País. A escolha por tal contexto foi delimitada pelo fato da organização de saúde fazer parte da Rede de Hospitais Sentinela, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, também, por estar em processo de acreditação hospitalar. Isso permitiu uma melhor exploração do caso diante do contexto real das melhores práticas, adotadas pelo enfermeiro gestor no programa de gerenciamento de risco.

Por se tratar de um estudo de caso, envolvendo múltiplos métodos de coleta, os participantes do estudo, os quais fizeram parte das entrevistas realizadas, foram oito enfermeiras³, que atuam, respectivamente, na direção de enfermagem, coordenação de enfermagem, educação corporativa, comissão de infecção hospitalar e gerenciamento do cuidado. A seleção dos participantes levou em consideração o número de enfermeiras que compõem o comitê de gerenciamento de risco e, também algumas enfermeiras que participam

³ Diante da participação de um único enfermeiro no estudo, optamos por mencionar no texto o gênero feminino.

do programa de gerenciamento de risco indiretamente, como é o caso dos enfermeiros assistenciais e da enfermeira da educação corporativa. No decorrer da pesquisa, viu-se a necessidade da inclusão da gerente técnica de gerenciamento de risco; pelo fato dos entrevistados enfatizarem a importância dela na efetividade das ações que compõem o programa de gerenciamento de risco da instituição. Essa participante, no entanto, tem formação em economia; porém, como gestora do programa, considera-se que possua clareza do que se espera da atuação do enfermeiro no processo.

A coleta de dados deu-se no período de maio a setembro de 2011. Foi realizada, em primeiro lugar, uma análise documental; a qual consiste na avaliação e interpretação de informações; contidas em um documento, tais como, relatórios escritos e documentos administrativos. A técnica corrobora e eleva a evidência de outras fontes (YIN, 2010); e, nesse estudo, foi realizada, em um período de aproximadamente trinta dias, com a observação detalhada dos registros, contidos no documento intitulado Plano de Gerenciamento de Risco. Este documento foi elaborado pelo comitê de gerenciamento de risco, objetivando garantir a implantação das ações e a garantia da qualidade do cuidado (ALEXANDRE et al., 2008).

Após a análise documental, iniciaram-se as entrevistas, em profundidade, “em que o informante é convidado a falar livremente sobre o tema e as perguntas do investigador, quando não são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões” (MINAYO, 2010, p. 262). Foi utilizando instrumento, contendo perguntas abertas, com foco nas melhores práticas, gestão da qualidade hospitalar, gerenciamento de risco e acreditação hospitalar, sendo que, esses temas estavam diretamente relacionados à atuação do enfermeiro gestor. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e digitadas em arquivo Word, armazenadas em arquivos e dispositivos eletrônicos.

Complementando as duas técnicas de coleta de dados, foi utilizada a técnica de observação não participante. Essa técnica caracteriza-se por ser uma forma de coletar dados em que o pesquisador pode tomar notas de campo sobre o comportamento e atividades das pessoas, ou seja, registram-se as atividades no local da pesquisa (CRESWEEL, 2007). Foram observadas as ações de cuidado, a realização de procedimentos e os registros; realizados pela equipe referentes aos eventos adversos, isto é, ao número de incidentes como: queda do leito, flebites, exteriorização de sondas, medicamentos não administrados, entre outros, caracterizados como eventos indesejáveis, não intencionais; que podem interferir na qualidade da assistência,

acarretando danos ao paciente (PADILHA et al., 2006). Essas observações foram realizadas em três unidades de internação médico-cirúrgica, visando a observar a cultura do gerenciamento de risco no campo operacional.

Mediante o contexto, esse estudo utilizou múltiplas fontes de evidência, as quais proporcionaram várias avaliações do mesmo fenômeno, permitindo que o investigador aborde uma variação maior dos aspectos comportamentais; desenvolvendo, assim uma linha convergente de investigação, que define e justifica a importância da triangulação dos dados no uso do método de estudo de caso (YIN, 2010).

A análise dos dados deu-se por meio de uma proposta operativa que, segundo Minayo (2010), se caracteriza por ser uma proposta para análise de conteúdo, levando-se em conta a questão do contexto e do empirismo, apoiando-se na crença de que a verdade dos significados situa-se profundamente nos meandros do sentido dos textos. Partindo desta premissa, a operacionalização dos dados ocorreu em dois momentos, em que o último compreendeu três fases.

O primeiro momento concretizou-se pelo mapeamento da fase exploratória da investigação, constituindo-se no contexto sócio-histórico do grupo em questão e marco teórico fundamental para análise. O momento seguinte, referiu-se à fase interpretativa, a qual é considerada o ponto de partida e o ponto de chegada de qualquer investigação, isto é, o encontro com os fatos empíricos. Essa etapa foi desenvolvida em três fases:

- 1ª Fase: Ordenação dos dados, por meio dos registros documentais, realização das entrevistas e registros das observações. Assim, incluiu-se, aqui, a transcrição das gravações, releitura de material, organização dos relatos e dos dados de observação.

A organização dos relatos obedeceu à ordem de realização das entrevistas, após a gravação em áudio, elas foram transcritas e identificadas em ordem numérica. A ordenação dos dados das observações de campo foi realizada, também, em arquivo Word; contendo os registros diários de campo com a descrição dos fatos e falas observados, de acordo com a data e hora da coleta.

- 2ª Fase: Classificação dos dados foi realizada através da leitura horizontal e exaustiva dos textos; em que surgiram as primeiras interpretações, sendo possível captar as idéias centrais. Em seguida, foi efetuada uma leitura transversal dos dados; separando material por “unidades de sentido/temas”, dispondo as semelhantes nas mesmas unidades, estabelecendo relações entre elas.

Após a primeira classificação, foram reagrupadas todas as unidades de sentido que levaram a formulação de duas categorias, intituladas: Melhores Práticas como a Padronização de Processos e Protocolos e Melhores Práticas como Um Fazer com Qualidade

- 3ª Fase: Constituiu a análise final, em que foi considerado o movimento entre os dados empíricos e teóricos, seguindo um quadro complexo de respostas; que acarretaram no esclarecimento da “lógica interna” do fenômeno em estudo.

Diante dessas definições interpretou-se as informações contidas nas múltiplas fontes de evidência; utilizadas na coleta de dados; visando a estudar o caso sob os mais variados ângulos, permitindo, assim, maior confiabilidade na pesquisa proposta.

Nos princípios éticos da pesquisa foi seguida a resolução n.196/96 (BRASIL, 1996) que regulamenta a pesquisa; envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, segundo processo nº 1193/11. Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A fim de manter a confidencialidade e sigilo, os entrevistados receberam codinomes (nomes de flores) no decorrer do texto. Os dados serão guardados em local seguro, por cinco anos, pelas pesquisadoras.

RESULTADOS

Na busca pela definição do termo melhores práticas na perspectiva dos enfermeiros gestores, em um programa de gerenciamento de risco, evidenciou-se melhores práticas como sendo a padronização de processos e protocolos e, também, um fazer com qualidade, baseadas em práticas seguras. Essas definições são detalhadas na Ilustração 1 e serão discutidas a seguir.



Ilustração 1. Melhores práticas do enfermeiro gestor.

Definindo Melhores práticas como padronização de processos e protocolos

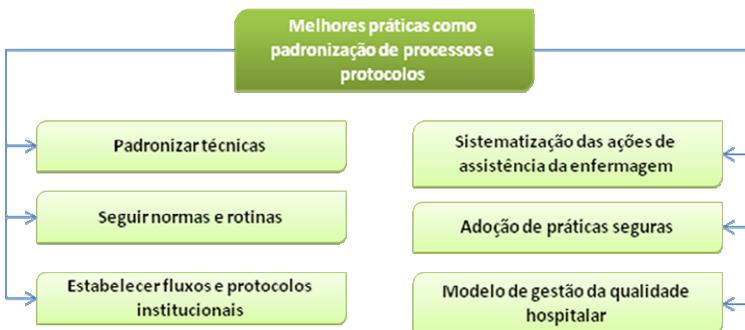


Ilustração 2. Melhores práticas como padronização de processos e protocolos.

Ao conceituarem melhores práticas como **a padronização de processos e protocolos** os participantes do estudo relataram que as práticas referem-se à padronização das técnicas; seguimento de normas e rotinas; estabelecimento de fluxos e protocolos institucionais:

É fazer com que aconteçam os procedimentos da forma com que está descrito! Nos procedimentos operacionais padrão e nos fluxos. (Orquídea)

Os processos, os procedimentos, tudo tem que ser definido. Então, eu entendo que as boas práticas devem estar definidas, podem ser consultadas e elas servem de parâmetro para o nosso dia a dia de trabalho. (Copo de Leite)

O profissional, já vem com a formação dele, mas, quando ele entra em uma instituição podem ter normas, rotinas e procedimentos específicos da instituição e é isso que a gente passa para eles [...] é a boa prática que ele vai fazer a partir de agora, ele vai fazer desta forma porque está na rotina, no protocolo da instituição que ela utiliza. (Orquídea)

A análise de documentos em arquivos eletrônicos, evidenciou a descrição detalhada de processos, procedimentos e técnicas. Isso permite a equipe de enfermagem acesso a informações atualizadas, objetivando padronização das atividades, as quais permeiam a prática de trabalho da enfermagem.

Assim, as notas de campo nas observações realizadas, ratificam o acesso da equipe a essas informações, porém de forma restrita. A equipe de enfermagem ainda apresenta uma cultura limitada no que se refere à atualização de conhecimento e, muitas vezes, ficam com dúvidas; perguntam aos colegas, mas não demonstram autonomia em ler os documentos disponíveis.

A definição dos procedimentos, técnicas e processos, constituindo os protocolos e fluxos operacionais, foram relatadas pelos participantes do estudo como essenciais para sistematizar as ações no âmbito da assistência de enfermagem. Dessa forma, servem de instrumento para que a equipe tenha um modelo a seguir.

O que acontece, às vezes, é que a gente tem uma unidade que faz uma coisa e outra unidade que faz outra [...] Ahhh!! Mas, por que um usa Clorex®, outro usa Povidine®, o outro está usando [...] Entendeu? Não, o padronizado é isso, então, porque você vai usar o outro? Todo o hospital tem que falar a mesma linguagem! (Enfª Margaria)

Ao confrontar essas informações com os registros da análise documental e observações em campo, constata-se que a descrição dos processos de enfermagem, na instituição pesquisada, encontram-se na forma de procedimentos operacionais padrão (POPS) e fluxogramas. No campo operacional, entretanto, há uma limitação no que se refere à pró-atividade da equipe em acessar e registrar tais documentos. Essa limitação, também, foi relatada pelos gestores:

Nesse momento, quem mais está fazendo isso dentro da instituição somos nós mesmos, a enfermagem, as chefias. As enfermeiras não fazem isso no dia- a- dia, a gente percebe que não fazem! Isso ainda não! Não sei se por falta de tempo, por falta de comprometimento, se por falta de entender, ainda, todo esse processo; porque ainda a gente pode considerar que toda essa questão de qualidade, de melhores práticas, de segurança do paciente, tudo isso é muito novo. (Papoula)

Acontecem vários eventos e o pessoal não registra [...] Eu sempre estou tentando, eu faço os eventos! Eles tentam abafar [...] Às vezes, eu solicito para eles registrar e eles não registrarem! [...] Falo para eles, que têm que tomar o cuidado, atenção, tudo, mas não adianta. (Cravo)

O termo melhores práticas está atrelado a uma **prática segura**, associada à qualidade da assistência:

Eles estão discutindo muito hoje a segurança do

paciente. A parte estrutural é importante, mas hoje, o que se discute mais é a prática diretamente no paciente, como segurança quanto à queda de leito; desenvolver um bom procedimento, com uma boa antisepsia, utilizar materiais estéreis. Tudo que tu fazes relacionado ao paciente, tu tens que dar essa segurança para ele [...] Quer dizer, não tem como você ligar práticas ruins, com qualidade (Margarida)

Diante desse relato, confirma-se que as técnicas e procedimentos descritos na forma de protocolos operacionais padrão e fluxogramas, tanto em arquivos eletrônicos, como no documento intitulado Plano de Gerenciamento de Risco; reforçam a adoção de práticas seguras em prol da qualidade assistencial. Isso evidencia uma gestão preocupada em adotar estratégias de ação que possibilitem excelência no âmbito da gestão da qualidade.

A busca pela qualidade, ou seja, melhoria na qualidade do atendimento para que se obtenha satisfação dos clientes, exige adoção de parâmetros de avaliações, dentre eles, efetividade e segurança nas ações adotadas. Isso concretiza-se como uma melhor prática para os enfermeiros gestores:

Porque para se ter qualidade dentro de um hospital eu tenho que ter normas, rotinas que direcionem como as coisas vão acontecer. Eu preciso ter parâmetros de avaliação, se esses procedimentos eles estão sendo executados da forma correta, se o resultado final é satisfatório, se o cliente sai satisfeito. Então, tudo é mensurado [...] Um cliente satisfeito, sem danos! Uma recuperação da saúde dele! (Orquídea)

A busca pela qualidade exige satisfação do cliente, tudo tem que funcionar, desde o momento em que ele chega lá no nosso estacionamento até a alta hospitalar. Então, assim, qualidade, para mim, seria que todas as necessidades daquele cliente fossem supridas! [...] Então, hoje, boas práticas resumem-se segurança.

As notas de campo evidenciam que nas discussões dos membros do comitê de gerenciamento de risco, o foco dos processos tem sido as boas práticas para alcance do máximo de segurança na assistência do cliente. Isto aproxima a definição de boas práticas às práticas seguras na perspectiva destes profissionais. Assim, registros em documentos do comitê de gerenciamento de risco tratam práticas de prevenção de riscos como boas práticas no gerenciamento de risco.

Assim sendo, os parâmetros de avaliação adotados passam a ser um modelo de gestão da qualidade hospitalar em busca da excelência; e, também, uma definição do que é uma melhor prática no âmbito do gerenciamento de enfermagem.

Definindo Melhores práticas como um fazer com qualidade

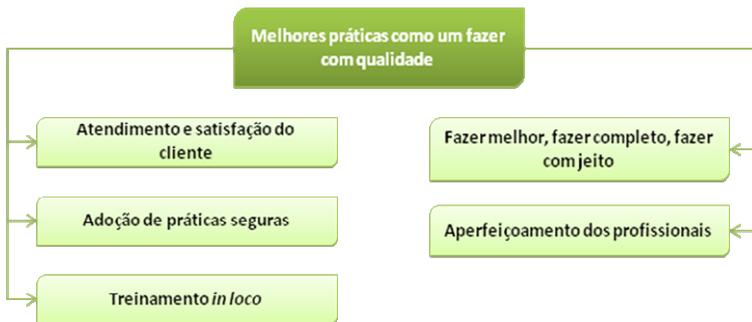


Ilustração 3. Melhores práticas como um fazer com qualidade.

Os participantes do estudo associaram melhor prática à qualidade no **atendimento e satisfação do cliente**, uma vez que para equipe gestora adotar melhores práticas é sinônimo de garantia de qualidade no atendimento com consequente satisfação do cliente.

Constata-se, assim, que a definição do termo melhor prática está atrelado a fazer melhor, fazer completo, fazer com jeito, fazer com qualidade. Essa definição está vinculada ao aperfeiçoamento dos profissionais no que se refere às ações desenvolvidas na prática de cuidado, possibilitando qualidade no serviço prestado e satisfação do cliente. O aperfeiçoamento atrelado à busca do conhecimento científico, é mencionado como base no processo de instrumentalização da equipe, sendo entendido pelos participantes como:

Eu entendo que [...] melhores práticas são as

melhores coisas que tu podes fazer para ter qualidade no atendimento [...] Fazer completo! Fazer as coisas com jeito, fazer melhor, não fazer correndo. (Enf^{ra} Rosa I)

Fazer corretamente, seria se aperfeiçoar e fazer todos os cuidados na tua parte que tu vais trabalhar, na tua área, no melhoramento, fazer as coisas corretamente. (Enf^{ra} Cravo)

São todas as práticas que estão relacionadas à literatura, que foram pesquisadas e que não vão trazer nenhum prejuízo, nem para instituição, nem para o cliente que está recebendo esta prática. Por exemplo, nós temos vários procedimentos que envolvem a enfermagem, procedimentos que a enfermagem executa no cliente, a boa prática desse procedimento é quando ele é feito de forma correta [...] Essa é a boa prática pra mim! (Enf^{ra} Orquídea)

A realização de treinamentos in loco por parte dos gestores desta instituição, baseados em conhecimentos atualizados com foco na importância de gerenciar os riscos, para assim identificá-los, propondo ações de prevenção, garantindo maior segurança ao cliente foi um dos instrumentos mencionados nas falas anteriores e ratificados em observações de campo. Isto nos remete a uma gestão comprometida com a qualidade da assistência.

Diante disso, o conceito de melhor prática na perspectiva dos enfermeiros foi atrelado **a fazer melhor, fazer completo, fazer com jeito**, com segurança, constituindo, assim, **um fazer com qualidade**:

Melhor prática é fazer completo! Tu fazer as coisas com jeito, fazer melhor, não fazer correndo [...] Se tu tens as melhores práticas, tu consegues fazer com que esta passagem, da família, do paciente, seja mais tranquila [...] Ele vai ser mais bem atendido. (Rosa I)

Melhores práticas a gente sempre pensa com foco na qualidade e na segurança do paciente. Então, é desenvolver ações de melhoria contínua com foco na assistência segura para o paciente.

Basicamente, isso assim! (Papoula)

Hoje a gente fala muito em segurança do paciente. Então, qual o nosso foco no hospital? Todos os serviços... Todo mundo tem que ter realmente, boas práticas, realizar isso com a melhor segurança, ter isso bem determinado, ter isso bem descrito, ter isto dentro do que está preconizado hoje, justamente para gente ter essa segurança e qualidade para o paciente. Então, eu acho que tudo hoje está relacionado a boas práticas. (Margarida)

Qualidade, qualidade da assistência, tu não consegues ter qualidade de assistência, qualidade de serviço, se tu não tens boas práticas. (Rosa II)

Assim, ficou definido pelos enfermeiros que melhores práticas é um fazer com qualidade, em que o aperfeiçoamento dos profissionais, no que se refere às ações, desenvolvidas na prática de cuidado; possibilitando qualidade no serviço prestado e segurança nas ações é a base para implementar as melhores práticas. O aperfeiçoamento atrelado à busca do conhecimento científico, é mencionado como base no processo de instrumentalização da equipe.

O processo foi evidenciado na prática de gestão dos profissionais quando observadas orientações realizadas à equipe, as discussões nas reuniões dos membros do Comitê de gerenciamento de risco, nas quais o planejamento das ações enfatizavam a necessidade da adoção de melhores práticas no processo de trabalho da enfermagem. Assim, espera-se atingir a qualidade, com conseqüente segurança, ou seja, proporcionando uma prática segura ao cliente.

DISCUSSÃO

Nos serviços de saúde hospitalares os documentos e regimentos são considerados fontes de produção de dados, uma vez que a prática gerencial dos enfermeiros encontra-se descrita nessas fontes (SANTOS; GARLET; LIMA, 2009). Logo, ao definir melhores práticas como sendo padronização de processos e protocolos, definem-se parâmetros a serem seguidos, uma vez que técnicas, práticas, condutas quando descritas com clareza podem permitir a construção do que chamamos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), ou seja, documentos

eletrônicos que descrevem rotinas gerenciais (BRASIL, 2007).

A representação sistematizada de normas, rotinas e procedimentos permitindo maior compreensão dos processos, pode estabelecer a identificação das melhores práticas. Envolvendo a capacidade crítica por parte dos enfermeiros, sendo que a análise é permeada pela eficácia, eficiência, relevância, solidez ética, sustentabilidade, possibilidade de duplicação, envolvimento de parcerias, envolvimento comunitário e compromisso político (OMS, 2008).

O entendimento da totalidade dos processos está relacionado ao conhecimento das partes e a interconexão entre elas e o todo. Para que normas, rotinas, protocolos, regimentos e procedimentos estabeleçam melhores práticas, faz-se necessário que os enfermeiros gestores levem em conta o princípio sistêmico ou organizacional. Esse princípio rege a teoria da complexidade, isto é, a ligação do conhecimento das partes e do todo; evidenciando que a soma das partes não se diminui à soma do todo. (MORIN, 2010a, 2010b, 2011a).

Corroborando, *Iowa* (2011) afirma que quando se pesquisa uma prática de enfermagem e aplica-se esse saber, na forma mais recente na prática assistencial, segue-se um padrão, usa-se um modelo de referência; ratifica-se, então, a existência de uma melhor prática.

Honório e Caetano (2009), todavia, enfatizam que a padronização dos processos, apesar de ser essa uma ferramenta primordial para os processos gerenciais, ainda é pouco explorada na prática dos enfermeiros gestores. Levando-nos à necessidade de avançarmos na implementação de melhores práticas no cotidiano de gestão dos enfermeiros.

Além disso, o renascimento do mercado de capitais e a crise econômica mundial são alguns dos fatores que trouxeram à tona algumas fragilidades das organizações e de seus sistemas de governança que repercutiram em mudanças no ambiente organizacional, reforçando a necessidade de adotar melhores práticas (IBGC, 2011).

A padronização de técnicas, rotinas por meio de fluxos e procedimentos operacionais padrão são práticas adotadas pelos enfermeiros gestores, os quais podem instrumentalizá-los, para os desafios provenientes das mudanças organizacionais; implantadas desde o século XX, uma vez que, o aparecimento da medicina científica, trazendo a preocupação com a qualidade na saúde, intensificando os avanços tecnológicos, exigiu que as organizações de saúde implementassem sistemas de qualidade na busca pelo diferencial para adaptar-se a essas mudanças (MANZO, 2009).

A busca por melhorar, continuamente, os processos internos das

organizações; aproxima-se ao máximo daquilo que o consumidor deseja. Isso permite que a organização busque o diferencial, para assim; manter-se no mercado competitivo. Reforçando tal idéia, Paladini (2009) afirma que, ao melhorar continuamente os processos produtivos, as organizações possibilitam atender às necessidades do consumidor de forma que elas fiquem mais próximas das expectativas dos consumidores.

Uma melhor prática, normalmente, pode estar relacionada com a implementação de uma política, um projeto, uma atividade, a qual pode surgir de múltiplas fontes, entre elas organizações da sociedade civil e indivíduos. Ao documentar as práticas, garantimos maior legibilidade e clareza tornando-a inovadora (OMS, 2008).

Corroborando, Martini et al. (2009) definem sistematização como sendo a materialização e produção do saber. Enfatizando a idéia de que, ao adotarem condutas que venham estabelecer padronização de processos e produção de conhecimento na prática de gestão, os enfermeiros estão reforçando as estratégicas; as quais podem vir a inovar sua prática de gestão.

Além disso, ao se disporem documentos, compartilhando-os com a equipe; oferece-se oportunidade de aquisição de conhecimentos que irão instrumentalizá-los frente a situações práticas, uma vez que, o compromisso de utilizar uma melhor prática está atrelado ao compromisso de fazer uso do corpo de conhecimento que temos ao nosso dispor (OMS, 2008).

O conhecimento do conhecimento disponível e a sua renovação/reconstrução é necessário no processo de qualificação das praticas e é um dos princípios da complexidade. Conforme Morin (2010a), um paradigma impera sobre as mentes porque instituem os conceitos e suas implicações, governando, ocultamente, as concepções e as teorias científicas; realizadas sob seu domínio. Evidencia-se que todo conhecimento é reconstruído por uma mente, em uma época e cultura determinada; restaurando, assim, a capacidade crítica dos sujeitos.

Adotar melhores práticas na gestão da enfermagem, por meio do conhecimento científico; pode permitir, então, segurança nas ações e conseqüente satisfação do cliente. Paladini (2009) destaca que a satisfação do cliente está relacionada ao processo de qualidade, uma vez que, qualidade é definida por quem consome e não por quem produz.

Destaca-se, então, melhores práticas como uma prática segura em busca da qualidade da assistência. Assim sendo, se a qualidade é produzida por quem consome, no âmbito da assistência de enfermagem quem determina se tal instituição exerce um cuidado de qualidade ou

não, é o cliente.

A Gestão da Qualidade é um modelo gerencial que teve suas raízes na tecnologia do controle e garantia da qualidade desenvolvida no Ocidente. Levada ao seu auge, no Japão, por especialistas americanos, após a segunda guerra mundial e, assim; evoluindo, como modelo de gestão no mundo (MANZO, 2009). Levando à conscientização da importância dos enfermeiros avançarem no conhecimento das melhores práticas no âmbito da gestão hospitalar, buscando inovação na sua prática de trabalho para acompanhar a concorrência diante de um mercado competitivo.

Para a *Interactive Domain Model* (IDM, 2005), “Melhores práticas na promoção da saúde/saúde pública são aqueles conjuntos de processos e atividades que são consistentes com a promoção da saúde”. Embora seja esse um conceito voltado para a saúde pública, ao associá-lo às práticas das organizações privadas de saúde, podemos constatar que ele leva a um fazer com qualidade; adotando estratégias de melhoria no processo de gestão hospitalar, e, assim, proporcionando consistência aos processos de assistência ao cliente.

As melhores práticas, ao serem definidas como prática segura com conseqüente qualidade na assistência prestada, podem constituir um processo sistemático, detalhado, integrado e avaliativo na prática de gestão dos enfermeiros. Tais parâmetros podem constituir-se em um modelo de gestão da qualidade hospitalar em busca da excelência. Partindo desses conceitos, considera-se a gestão hospitalar um sistema complexo, de múltiplas unidades, articuladas e integradas em um determinado contexto, do qual emergem estratégias objetivando o alcance de objetivos pré-determinados, dentre eles, a identificação das melhores práticas.

Ao identificar melhor prática como um fazer melhor, fazer correto, fazer completo, com jeito, não fazer correndo o enfermeiro pode avançar no sistema de cuidado à saúde, ampliando sua visão, gerando soluções novas para os problemas, constituindo um modelo de gestão da atenção e cuidado na enfermagem que contemple as necessidades das pessoas em diversas dimensões (KEMPFER et al., 2010).

Considera-se que essa avaliação identifique os processos, contextualizando sua prática; compreendendo, assim, as ações dos sujeitos e suas inter-relações e retroações com o meio ambiente. É necessário inserir as informações em seu contexto real; para que, assim, obtenha-se sentido a essa prática (MORIN, 2010a; 2010b; 2011a).

Além disso, um dos conceitos de qualidade está atrelado à perfeição, que pode ser vista como a ausência de defeitos no serviço

prestado (PALADINI, 2009). Tornar a assistência de enfermagem em um modelo que se aproxime da perfeição pode exigir entendimento, por parte dos enfermeiros gestores, do significado do termo melhores práticas, uma vez que elas são consideradas como técnica ou metodologia; que, através da experiência e investigação, torna confiável a busca pelo resultado desejado (BITPIPE, 2011).

Ao relacionar melhor prática a um fazer completo para se obter qualidade na assistência prestada, pode exigir que os enfermeiros gestores adotem processos avaliativos no que se refere às práticas adotadas aos clientes, uma vez que, a qualidade da assistência considerada como meta a ser alcançada; exige controle no que se refere à avaliação das ações de enfermagem (BECCARIA et al., 2009).

Nesse âmbito, conceituar melhor prática como sendo um fazer correto, relacionando-o ao aperfeiçoamento das ações, para assim compreender um cuidado multidimensional, englobando o todo assistencial, ratifica a relevância da realização de treinamentos in loco por parte dos gestores. Conhecimentos atualizados, no entanto, propondo ações de prevenção, garantindo maior segurança ao cliente devem se fazer presente para que se implemente um fazer completo, isto é, uma melhor prática.

Corroborando, Guerreiro, Beccaria e Trevizan (2008) enfatizam que a educação continuada promove o crescimento pessoal, profissional e, também, serve de apoio aos processos de mudança; sendo que elas necessitam de comprovação de resultados científicos.

A qualidade é um termo de uso comum, de domínio público e constantemente adotado como fator de decisão (PALADINI, 2009). Os enfermeiros, ao adotarem práticas seguras no processo de gestão hospitalar, podem estar implementando um fazer diferenciado, o qual pode interferir no processo de decisão do cliente, garantindo que ele tenha preferência pela instituição que adote melhores práticas.

Nessa perspectiva, o referencial de melhoria é o consumidor, ou seja, quem define o que é e o que não é melhoria é aquele que está consumindo o serviço e/ou produto. Assim, quando usamos a expressão melhoria contínua em uma organização em termos de gestão da qualidade total, caracteriza-se o processo de envolvimento de pessoas e de ajuste do produto ao uso como sendo gradativo, crescente e constante (PALADINI, 2009).

Partindo da premissa de que os enfermeiros gestores desse estudo definem melhores práticas como sendo um processo de melhoria contínua, envolvendo ações com foco na satisfação do cliente, proporcionando segurança nas práticas realizadas, evidencia-se a relação

entre o termo melhores práticas, qualidade e segurança do paciente.

As melhores práticas, ao serem definidas como um processo de melhoria contínua com foco na segurança do cliente, retratam que os enfermeiros gestores estão preocupados em assegurar uma assistência com risco mínimo. Isso é ratificado por Tofolletto e Padilha (2006), ao evidenciar que, no âmbito das organizações hospitalares, os enfermeiros prezam, de forma crescente, por uma assistência que assegure a máxima qualidade e o mínimo risco para o cliente.

Ao adotar uma gestão focada na segurança do cliente, os enfermeiros podem garantir qualidade, visto que, “a qualidade é requisito fundamental, que propicia a segurança necessária para os resultados requeridos” (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010). Além disso, essas práticas minimizam a fragmentação dos processos; reconhecendo, assim, o caráter multidimensional do ser humano e com isso proporciona-se um cuidado integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao explorar a definição do termo melhores práticas na perspectiva dos enfermeiros gestores, em um programa de gerenciamento de risco, constatou-se que essas práticas estão associadas à padronização de processos e protocolos, assim como, a um fazer com qualidade. Ambas definições relacionam-se à adoção de práticas seguras.

Outro aspecto é que, a adoção das melhores práticas, fortalecidas por meio de pesquisas científicas, pode intervir na prática diária dos enfermeiros. Frente ao processo reflexivo, que se estabelece na identificação e análise crítica dessas práticas, prepara-os para o enfrentamento de situações problemas. Isso reforça a importância das práticas cientificamente comprovadas.

O entendimento a respeito das melhores práticas pode possibilitar aos enfermeiros um pensar e agir mais efetivo, dando subsídios para sistematizar sua prática de trabalho, tornando-a clara, definida e com legibilidade, garantindo uma prática segura com conseqüente qualidade e satisfação do cliente.

Faz-se necessário, no entanto, explorar a definição das melhores práticas; obtendo-se maior entendimento desse termo para que se estabeleça estratégias de melhorias na gestão da qualidade hospitalar, não se esquecendo da importância de documentar e compartilhar esse saber entre a equipe.

Os enfermeiros que atuam na gestão hospitalar necessitam sensibilizar-se da relevância de instituir novos pensamentos,

reformulando suas práticas e desmistificando paradigmas fragmentados que permeiam as ciências da saúde. Isso dificulta a integração dos saberes referentes à qualidade da assistência nas diferentes equipes que visam à qualidade dos processos assistenciais.

Partindo da premissa de que a definição das melhores práticas no âmbito da gestão de enfermagem está atrelada à padronização de processos e protocolos, práticas seguras, científicas e com qualidade, conclui-se que a existência de um processo interdependente que associa melhores práticas, gerenciamento de risco e gestão da qualidade hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, A.; KERBER, C. B. K. B.; CORRÊA, F. A de. et al. **Plano de gerenciamento de riscos hospitalares**. Florianópolis, 2010.

BECCARIA, R. L. M.; PEREIRA, L. A. M.; COUNTRIN, S. M. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2011.

BITPIPE – TechTarget. **Best Practices**. Disponível em: <<http://www.bitpipe.com/tlist/Best-Practices.html>>. Acesso em: 05 set. 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Procedimento operacional padrão-POP**. Brasília. Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/reblas/cursos/qualidade18/17025/POPPOP_resposta.pdf>. Acesso em: 02 set. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Dispõem sobre as questões éticas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Saúde. **Rede Sentinela**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária,

2003. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/apresentacao.htm>> Acesso em: 22 out. 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. Trad. Magda Lopes. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S.R. de; MELLO, A. L. S. F. et al . Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-491, jul/set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a14.pdf>>. Acesso em: 10 set.2011.

FRANCO, J. N.; BARROS, B. P. A.; VAIDOTAS, M. et al. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 806-810, set/out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/18.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2011.

HONÓRIO R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 188-93, 2009.

IBGC. Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibgc.org.br/CodigoMelhoresPraticas.aspx>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

IDM. INTERACTIVE DOMAIN MODEL. **Overview of IDM Best Practices**. IDM definition of best practices for better health. 2005. Disponível em: <<http://www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=basics-overview>>. Acesso em: 18 set. 2011.

IOWA. UNIVERSITY OF IOWA. College of Nursing. **HCGNE - Best Practices for Healthcare Professionals**. Iowa. 2011. Disponível em: <<http://www.nursing.uiowa.edu/hartford/best-practices-for-healthcare-professionals>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

KUWABARA, C. C. T.; ÉVORA, Y. D. M.; OLIVEIRA, M. M. B. de; Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, set/out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_15.pdf >. Acesso em: 10 out. 2011.

KEMPFER, S. S.; BIROLO, I. V. B.; MEIRELLES, B. H. S. et al. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 562-566, set. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10776/10863>>. Acesso em: 18 set. 2011.

MANZO, B. F. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MARTINI, J. G. (Org.). **Auditoria em enfermagem**. Série especialidades. São Paulo: Difusão, 2009.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010a. 128 p.

_____. **Ciência com consciência**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b. 344 p.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011a. 120 p.

_____. **Os sete saberes necessários a educação do futuro**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez Editora, 2011b. 102 p.

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

ONA. Organização Nacional de Acreditação. **Institucional**. Brasília: ONA, 2011. Disponível em: < <https://www.ona.org.br/Inicial>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional Africano. **Guia para a documentação e partilha das melhores práticas em programas de saúde**. Brazzaville: OMS, 2008. Disponível em: <<http://afrolib.afro.who.int/documents/2009/pt/GuiaMelhoresPratica.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Valores**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=885&Itemid=672>. Acesso em: 22 set. 2011.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 18-23, jan/mar. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=475688&indexSearch=ID>>. Acesso em: 13 set. 2011.

PALADINI, E. P. **Avaliação estratégica da qualidade**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

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

SANTOS, J. L. G.; GARLET E. R.; LIMA, M. A. D. S. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 525-532, set. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7879/6972>>. Acesso em: 29 out. 2011.

TOFOLETTO, M. C.; PADILHA, K. G. Consequências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 247-252, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reensp/upload/pdf/245.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2011.

STAKE. R. E. The Case study method in social inquiry. **Educational Researcher**, v.7, n.2, p.5-8, 1978.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

4.2 MANUSCRITO II – MELHORES PRÁTICAS DO ENFERMEIRO GESTOR NO GERENCIAMENTO DE RISCO: UMA PERSPECTIVA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

MELHORES PRÁTICAS DO ENFERMEIRO GESTOR NO GERENCIAMENTO DE RISCO: UMA PERSPECTIVA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

BEST PRACTICE NURSE MANAGER AT RISK MANAGEMENT: A PERSPECTIVE FOR HOSPITAL ACCREDITATION

MEJORES PRACTICAS DEL ENFERMERO JEFE DE GERENCIAMIENTO DE RIESGOS: UNA PERSPECTIVA PARA LA CERTIFICACIÓN HOSPITALAR

Veridiana Tavares Costa⁴

Betina Hörner Schlindwein Meirelles⁵

RESUMO

O objetivo desse estudo foi identificar as ações dos enfermeiros gestores, em um programa de gerenciamento de risco, consideradas como melhores práticas que apontam para acreditação hospitalar de um hospital geral. O cenário foi um hospital privado no Sul do País. Participaram desse estudo enfermeiros gestores, que compõem o comitê de gerenciamento de risco, enfermeiros que atuam indiretamente no programa de gerenciamento de riscos e a gerente de risco. Os dados foram coletados de maio a setembro de 2011, por meio de análise documental, entrevistas e observação não-participante. A partir da triangulação, os dados foram analisados por uma proposta operativa. Os resultados evidenciaram como melhores práticas as ações de educação, análise crítica da realidade e as múltiplas dimensões da gestão. As

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: veritavarecosta@yahoo.com.br

⁵ Doutora. Professora Adjunta do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: betinahsm@ig.com.br

práticas apontaram para acreditação hospitalar, uma vez que, apresentam proximidade com as conformidades institucionais para obtenção de certificação de qualidade. Constatou-se a preocupação dos enfermeiros gestores em garantir segurança na prática assistencial de enfermagem com ênfase na identificação e avaliação dos registros dos eventos adversos. Isso implica fortalecimento na prática de gestão dos profissionais por meio da adoção de melhores práticas, assim como, ferramenta facilitadora para implementação de programas de gestão da qualidade.

Descritores: Benchmarking, Supervisão de Enfermagem, Gerenciamento de risco, Acreditação.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the actions of the nurse managers in a risk management program, considered as best practices for hospital accreditation in a general hospital. The setting was a private hospital in the south of the Brazilian country and participated in the study nurse managers, who make up the risk management committee, nurses who work indirectly in the program of risk management and the risk manager. Data were collected from May to September 2011, through document analysis, interviews and non-participant observation. From the triangulation, data were analyzed by an operative proposal. The results showed as best practices the actions in education, critical analysis of reality and the multiple dimensions of management. These practices have pointed to hospital accreditation, since it is similar to the present institutional compliance to obtain quality certification. By using records of adverse events, it was noted the concern of the nurse managers to ensure safety in nursing care practice. This implies a tool for implementing quality management programs.

Keywords: Benchmarking, Nurse Supervising, Risk Management, Accreditation.

RESUMEN

El objetivo Del presente estudio fué identificar las acciones de los enfermeros jefes, en um programa de gerenciamiento de riesgos, consideradas como mejores prácticas que apuntan a La cualificación hospitalar, dentro de um hospital general. El escenario fue um hospital

privado Del sur Del país. Participaron de este estudio enfermeros jefes, quienes componen un Comité de gerenciamiento de riesgos, enfermeros que actuan indirectamente De este programa de gerenciamiento de riesgos y La gerente de riesgos. Los datos fueron recolectados de mayo a septiembre de 2011, por medio de un análisis documental, entrevistas y observación pasiva. A partir de La triangulación , estos datos fueron analizados por una propuesta operativa. Los resultados evidenciaron como mejores prácticas o normas, las acciones de educación, análisis crítica de La realidad y las multiples dimensiones de La gestión. Estas prácticas apuntaron a La cualificación hospitalar, una vez que presentan proximidad a las conformidades institucionales para La obtención de La certificación de calidad. Fué constatada La preocupación de los enfermeros jefes, em garantizar La seguridad em La práctica asistencial de La enfermeria, com énfasis en La identificación y avaliación de los registros de eventos adversos. Esto implica em El fortalecimiento de La práctica de gestión de éstos profesionales, por medio de La adpción de las mejores prácticas o normas, como una herramienta facilitadora para La implantación de programas de gestión de calidad.

Descriptorios: Benchmarking, Suervición de Enfermagem, Gerenciamiento de Riesgo.

INTRODUÇÃO

A qualidade no âmbito das organizações consolidou-se e se expandiu em épocas de crise, o que impulsionou os gestores a tomarem medidas imediatas para sobreviver em um mercado competitivo. Além disso, a chegada da globalização aumentou a concorrência e, por conseguinte, a produção de qualidade, uma vez que a única razão para produzir qualidade é a concorrência (PALADINI, 2009).

No cenário das organizações hospitalares de saúde, esse processo veio à tona por meio da Organização Panamericana de Saúde, na década de 90. Nesse momento, passou-se a discutir quais as melhores ações adotadas nas práticas de saúde das organizações, para garantir qualidade nos serviços prestados (ONA, 2011). Remetendo-nos a um termo frequentemente adotado na área da saúde, chamado melhores práticas (OMS, 2008).

De acordo com a definição, as melhores práticas permitem conhecer aquilo que funciona melhor; permitindo a utilização de recursos necessários para atingir objetivos propostos e, assim, atuar na resolutividade de problemas em outras situações ou contextos

semelhantes (OMS, 2008). Corroborando, Erdmann et al. (2006) afirmam que a adoção de melhores práticas pressupõe mudanças individuais, coletivas e organizacionais.

Dentre os benefícios desejáveis na adoção das melhores práticas, destacamos o aumento da credibilidade da prática e a capacidade de construir iniciativas. Isso implica em benefícios potenciais, como a minimização dos riscos nas práticas de saúde (KAHAN; GOODSTADT, 2001).

A administração de risco na saúde teve início nos Estados Unidos das Américas, em meados de 1920. Esse conceito foi introduzido no Brasil em 2001, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária; constituindo-se, então, em um programa de qualidade recente na prática dos trabalhadores de saúde, amplamente discutido nos últimos anos (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010).

Nesse sentido, a contínua adoção de novas tecnologias na área da saúde, em especial no âmbito da enfermagem, fez com que as organizações implementassem o gerenciamento de risco sistematizando, assim, a supervisão dos eventos adversos no intuito de ter maior segurança nas ações realizadas (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010). Isso é comprovado através da rede que integra os Hospitais Sentinela no Brasil.

A Rede Brasileira de Hospitais Sentinela é uma estratégia para vigilância de serviços e produtos de saúde pós-comercialização. Essa rede contempla, atualmente, 27 hospitais na Região Norte, 55 na Região Nordeste, 16 na Região Centro-Oeste, 106 na região Sudeste e 43 na Região Sul, totalizando 247 hospitais (ANVISA, 2011b).

O programa de gerenciamento de risco tem por objetivo prevenir riscos/danos aos clientes e, assim, proporcionar uma assistência segura e de qualidade (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010). A adoção desse programa pode ser uma estratégia de controle de qualidade que potencializa a implantação do processo de acreditação hospitalar, visto que o mesmo é, atualmente, um advento implantado e desejado na prática das organizações de saúde (FRANCO et al., 2010). Essa potencialização dá-se pelo fato de o processo de acreditação hospitalar preconizar em seu Nível 1, ou seja, no primeiro estágio do processo de acreditação a identificação de riscos e o gerenciamento da segurança (ANVISA, 2006).

A adoção de melhores práticas no âmbito do gerenciamento de risco pode se concretizar como uma estratégia facilitadora para implantação da acreditação hospitalar. Faz-se necessário conhecer e identificar as ações dos enfermeiros, consideradas como melhores

práticas. A partir desse conhecimento, os gestores de enfermagem podem instrumentalizar-se para o exercício de liderança de forma mais efetiva.

A adoção de melhores práticas pode permitir maior segurança e qualidade na assistência prestada. Segundo Paladini (2009), ao suprir às expectativas do cliente as organizações mantêm-se em um mercado competitivo, no qual o diferencial da prática de gestão passa a ser a qualidade do serviço.

Diante do exposto, emergiu a seguinte questão de investigação: Quais as ações dos enfermeiros gestores, em um programa de gerenciamento de risco, são consideradas como melhores práticas que apontam para acreditação hospitalar?

Partindo dessa indagação, almeja-se identificar as ações dos enfermeiros gestores, em um programa de gerenciamento de risco, consideradas como melhores práticas na perspectiva da acreditação hospitalar de um hospital geral.

MÉTOD

Trata-se de um estudo de caso único, exploratório, de abordagem qualitativa, com o intuito de investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade no seu contexto de vida real (YIN, 2010). Confirmando, Minayo (2010) afirma que essa abordagem metodológica emprega a investigação qualitativa mapeando, descrevendo e analisando o contexto, as relações e as percepções a respeito do fenômeno em questão, gerando conhecimento sobre características significativas dos eventos vivenciados.

O estudo de caso é caracterizado pela utilização de múltiplos métodos de coleta de dados, com o intuito de conhecer o fenômeno nas suas múltiplas faces. Nesse sentido, esta metodologia de pesquisa, constitui-se em uma iniciativa para mudanças nos serviços de saúde, estudando empiricamente a implantação de políticas (POPE; MAYS, 2009).

Segundo Yin (2010), o caso pode ser um indivíduo ou algum evento ou entidade. Stake (1978), entretanto, enfatiza que o caso não precisa ser, necessariamente, uma pessoa ou empresa, mas qualquer sistema desde que o mesmo seja delimitado e de interesse para a investigação. Partindo dessa premissa, o caso delimitado para a investigação foi melhores práticas de gestão dos enfermeiros, em um programa de gerenciamento de risco .

O cenário foi um hospital geral, filantrópico, privado, de grande

porte (237 leitos ativos), situado em um Estado da Região Sul do País. A escolha por tal contexto da pesquisa foi pelo fato da organização de saúde fazer parte da Rede de Hospitais Sentinela, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, também, por ter a perspectiva da implantação do processo de acreditação hospitalar. Permitindo uma melhor exploração do caso diante do contexto real das melhores práticas adotadas pelo enfermeiro gestor no programa de gerenciamento de risco.

Por se tratar de um estudo de caso, envolvendo múltiplos métodos de coleta, os participantes do estudo, que fizeram parte das entrevistas realizadas, foram oito enfermeiras⁶ que atuam, respectivamente, na direção de enfermagem, coordenação de enfermagem, educação corporativa, comissão de infecção hospitalar e gerenciamento do cuidado.

A seleção dos participantes levou em consideração o número de enfermeiras que compõem o comitê de gerenciamento de risco e, também, algumas enfermeiras que participam do programa de gerenciamento de risco, indiretamente, como é o caso dos enfermeiros assistenciais e da enfermeira da educação corporativa.

No decorrer da pesquisa, viu-se a necessidade da inclusão da gerente técnica de gerenciamento de risco, pelo fato dos entrevistados enfatizarem a importância dela na efetividade das ações que compõem o programa de gerenciamento de risco da instituição. Essa participante, entretanto, tem formação em economia, mas como gestora do programa, considera-se que tenha clareza do que se espera da atuação do enfermeiro nesse processo.

A coleta de dados deu-se no período de maio a setembro de 2011. Foi realizada, em primeiro lugar, uma análise documental; a qual consiste na avaliação e interpretação de informações contidas em um documento, tais como, cartas, memorandos, minutas de reuniões, relatórios escritos e documentos administrativos. Essa técnica confirma e eleva a evidência de outras fontes (YIN, 2010); e, nesse estudo, foi realizada em um período de aproximadamente trinta dias, com a observação detalhada dos registros contidos no documento intitulado Plano de Gerenciamento de Risco. O documento foi elaborado pelo comitê de gerenciamento de risco, objetivando garantir a implantação das ações e a garantia da qualidade do cuidado (ALEXANDRE et al., 2008).

⁶ Diante da participação de um único enfermeiro no estudo, optamos por mencionar no texto o gênero feminino.

Após a análise documental, iniciaram-se as entrevistas, em profundidade, “em que o informante é convidado a falar, livremente, sobre o tema e as perguntas do investigador; quando não são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões” (MINAYO, 2010, p. 262). Utilizou-se um instrumento, contendo perguntas abertas, com foco nas melhores práticas, gestão da qualidade hospitalar, gerenciamento de risco e acreditação hospitalar, em que os temas estavam diretamente relacionados à atuação do enfermeiro gestor. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e digitadas em arquivo Word, armazenadas em arquivos e dispositivos eletrônicos.

Complementando as duas técnicas de coleta de dados, foi utilizada a técnica de observação não participante. A técnica caracteriza-se por ser uma forma de coletar dados em que o pesquisador pode tomar notas de campo sobre o comportamento e atividades das pessoas, ou seja, registram-se as atividades no local da pesquisa (CRESWEEL, 2010). Assim sendo, observou-se as ações de cuidado, a realização de procedimentos e os registros realizados pela equipe de enfermagem referentes aos eventos adversos, isto é, o número de incidentes como quedas do leito, flebites, exteriorização de sondas, medicamentos não administrados, entre outros caracterizados como eventos indesejáveis, não-intencionais, os quais podem interferir na qualidade da assistência; acarretando danos ao paciente (PADILHA, et al., 2002). As observações foram realizadas em três unidades de internação médico-cirúrgica, visando a observar a cultura do gerenciamento de risco no campo operacional.

O estudo utilizou múltiplas fontes de evidência, as quais proporcionaram várias avaliações do mesmo fenômeno, permitindo que o investigador abordasse uma variação maior dos aspectos comportamentais, desenvolvendo assim uma linha convergente de investigação, a qual define e justifica a importância da triangulação dos dados no uso do método de estudo de caso (YIN, 2010).

A análise dos dados deu-se por meio de uma proposta operativa que, segundo Minayo (2010), é operacionalizada em dois momentos, no qual o último compreende três fases.

O primeiro momento concretizou-se pelo mapeamento da fase exploratória da investigação, constituindo-se no contexto sócio-histórico do grupo em questão e marco teórico fundamental para análise. Essa etapa foi desenvolvida em três fases:

- 1ª Fase: Ordenação dos dados por meio dos registros documentais, realização das entrevistas e registros das observações. Assim, incluiu-se, aqui, a transcrição das gravações, releitura de

material, organização dos relatos e dos dados de observação.

- 2ª Fase: Classificação dos dados, através da leitura horizontal e exaustiva dos textos, em que surgiram as primeiras interpretações, sendo possível captar as ideias centrais. Em seguida, foi realizada uma leitura transversal dos dados separando material por “unidades de sentido/temas”, dispondo as semelhantes nas mesmas unidades; estabelecendo relações entre as mesmas.

Após a primeira classificação, foram reagrupadas todas as unidades de sentido elaborando-se três categorias, intituladas: A Educação como Melhor Prática no gerenciamento de risco; A Análise crítica da realidade como Melhor Prática no gerenciamento de risco; As múltiplas dimensões da gestão como Melhor Prática no gerenciamento de risco.

- 3ª Fase: Constituiu a análise final, em que foi considerado o movimento entre os dados empíricos e teóricos, seguindo um quadro complexo de respostas, os quais acarretaram no esclarecimento da “lógica interna” do fenômeno em estudo.

Diante dessas definições, foram interpretadas as informações contidas nas múltiplas fontes de evidência; utilizadas na coleta de dados, visando a estudar o caso sob os mais variados ângulos; permitindo, assim, maior confiabilidade na pesquisa proposta.

Os princípios éticos da pesquisa foram seguidos em todas as fases do estudo, de acordo com a resolução n.196/96 (BRASIL, 1996) que regulamenta a pesquisa, envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob processo nº 1193/11. Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A fim de manter a confidencialidade e sigilo, os entrevistados receberam codinomes (nomes de flores) no decorrer do texto. Os dados serão guardados em local seguro, por cinco anos, pelas pesquisadoras.

RESULTADOS

Na busca pela identificação das ações adotadas pelo enfermeiro gestor, em um programa de gerenciamento de risco, consideradas como sendo as melhores práticas na perspectiva da acreditação hospitalar, emergiram três categorias, as quais estão esquematizadas na Ilustração 4 a seguir e serão detalhadas posteriormente.

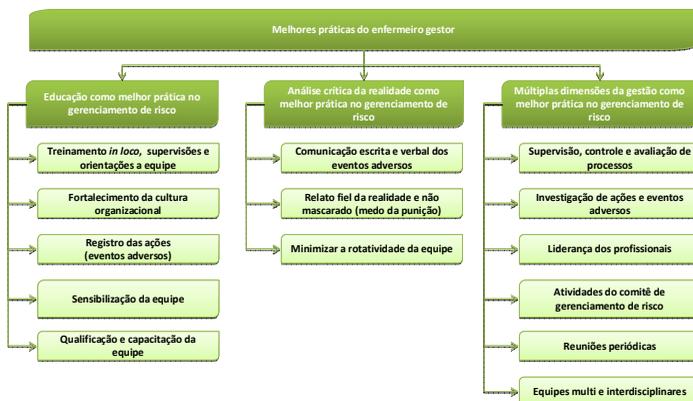


Ilustração 4. Melhores práticas do enfermeiro gestor.

A Educação como Melhor Prática no Gerenciamento de Risco

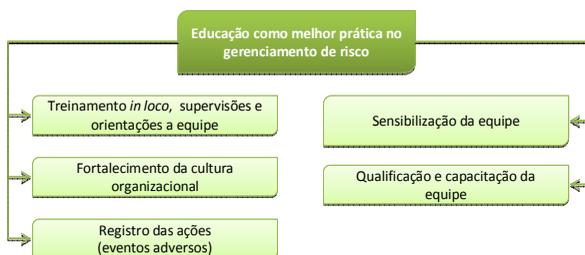


Ilustração 5. Educação como melhor prática no gerenciamento de risco.

As ações identificadas como educação continuada foram relatadas pelos participantes como sendo os treinamentos *in loco*, supervisões e orientações à equipe. As práticas de educação têm como objetivo a inserção e o fortalecimento da cultura organizacional, no que tange ao esclarecimento acerca da importância do gerenciamento de riscos para qualidade da assistência:

A partir da hora que tu educa os teus colaboradores, a tendência é que diminuam esses fatores, por exemplo, se uma úlcera por pressão, às vezes está acontecendo demais, alguma coisa não estão fazendo, como a, mudança de decúbito corretamente [...] Então, eles vão ver lá nos

eventos que a gente registra no prontuário eletrônico e vão conversar com os funcionários, ou vão me chamar para que eu faça uma palestra, uma orientação, para que comece acontecer. Isso é uma melhor prática! (Rosa I)

Treinar os funcionários [...] treinar e supervisionar o trabalho dele [...] O objetivo é de qualidade! (Cravo)

As melhores práticas do enfermeiro gestor [...] é aquilo que tu consegue realizar junto com eles. [...] A orientação e a supervisão é a melhor prática [...] Orientação e treinamento in loco. Antes a gente fazia treinamento no auditório, chamava todo mundo e treinava, a gente viu que não tinha o resultado [...] Agora estamos treinando in loco, inclusive, surtiu um efeito muito bom! (Rosa II)

Ao analisar as notas de campo, durante as observações não-participantes; percebeu-se a realização de treinamentos *in loco*, com foco no registro dos eventos adversos. Diante de um evento adverso é realizado a notificação do mesmo e, a partir da tomada de conhecimento dos profissionais- membros do comitê de gerenciamento de risco- é realizada auditoria presencial na unidade em que ocorreu tal incidente; objetivando esclarecimento do caso, para assim, reforçar as orientações e discutir estratégias de prevenção.

Dentre as atividades educativas, voltadas para a melhoria do processo; além das orientações quanto aos cuidados e procedimentos, é salientada a importância do registro das ações, principalmente, as informações relacionadas a eventos adversos, ou seja, alguma ocorrência que traga risco à segurança ou integridade do paciente ou profissional:

Estar acompanhando, conscientizando, orientando, fazendo educação in loco, pra que eles tenham consciência da importância da notificação dos eventos, para a gente desenvolver planos de ação de melhoria. (Papoula)

A gente orienta eles com relação às aspirações, com relação aos EPIs, com relação a todas as

práticas dentro da UTI, com relação à medicação, aos eventos como a queda, como arrancar a sonda, [...] Tudo isso é registrado. (Tulipa)

A gente só vai ter indicador através do registro dos eventos [...] eu e todo grupo, cada um com suas alas de responsabilidades. A gente, pausadamente, ensinou o pessoal a acessar o sistema, [...] Então, hoje quando eu dou uma olhadinha ali na questão dos registros, eu vejo novos nomes ali e cada vez o gráfico cresce mais, antes eles eram pequenininhos [...] Isso é gratificante na área de gestão! (Copo de Leite)

A gente percebe uma grande mudança nos registros, não tinha, por exemplo, registro de reação transfusional e, isto, é algo muito comum [...] Então, no último ano que a gente fez a orientação in loco e a gente observou que tem tido de quatro a cinco reações por mês pelo menos, o que é um número bem considerável! [...] Só que antes não tinha esse tipo de registro. Isso para gente é um avanço muito grande, saber que já estão identificando, já estão notificando! (Papoula)

As falas enfatizam que ao implementar ações de treinamento e orientação *in loco*, a resposta foi positiva, no que se refere à sensibilização da equipe quanto à importância de identificar e registrar os eventos adversos. Ratificando, ao analisar os documentos, em que estavam descritos os gráficos de indicadores de gerenciamento de risco; os quais apontavam para um crescimento anual no número de registro dos eventos adversos pela equipe. Assim, a análise dos indicadores reforça que a inserção da cultura do gerenciamento de risco na organização vem sendo concretizada, por meio de ações educativas, apesar do processo ainda apresentar algumas limitações:

A única dificuldade é fazer com que todos os colaboradores pensem da mesma forma, saibam, entendam a importância de gerenciar um risco, [...] saberem que por trás daquilo tem um envolvimento muito maior [...] que está

garantindo qualidade, um atendimento satisfatório para o cliente e para o funcionário. Porque o gerenciamento de riscos não é só para o cliente, ele é também para todas as pessoas que estão aqui dentro. (Orquídea)

No gerenciamento de risco, as melhores práticas devem contemplar a qualificação e capacitação adequadas dos profissionais para o atendimento com qualidade e seguro aos clientes. Para isso, é importante adotar estratégias de educação continuada que propiciem o controle e registro dos riscos a que os pacientes estão expostos.

Evidenciou-se, nos documentos analisados, o registro de treinamentos trimestrais, realizados pela enfermeira da educação corporativa com o apoio dos demais membros do Comitê de Gerenciamento de Risco. Confirmando a política de fortalecimento da cultura organizacional no que se refere ao gerenciamento de riscos hospitalares; e, também, a adoção da ação como uma melhor prática. Tal ação aponta para a implementação da Acreditação Hospitalar, visto que, esse processo exige adoção de medidas relacionadas à segurança do cliente/ profissionais.

A Análise crítica da realidade como melhor prática no gerenciamento de risco



Ilustração 6. Análise crítica da realidade como melhor prática.

Um programa de gerenciamento de risco implica análise crítica da realidade visando à melhoria da técnica, controle de problemas, melhoria de processos e procedimentos para o alcance da minimização de riscos inerentes ao processo de cuidado. Assim, a comunicação

escrita e verbal dos eventos adversos, por meio dos registros e notificações, também foi identificada como melhores práticas, pois trazem subsídios para conhecimento da realidade e levantamento dos problemas visando à melhoria do processo:

Eu, enquanto líder, tenho o papel de conscientizar a minha equipe com relação às melhorias, fazer com que eles entendam que o nosso foco é o cliente e que todas as irregularidades que eles passarem, para mim enquanto chefia, eu vou ter esta autonomia, esta governabilidade de estar conseguindo ajustar! (Tulipa)

Se a gente relata, eles vão conseguir fazer um levantamento dos problemas, das coisas que estão acontecendo mais comum [...] educação continuada, conversar, fazer palestra, alguma coisa [...] Assim, eu acho que é melhor prática. (Rosa)

Eu acho que essas melhores práticas, no qual você está se referindo, são [...] registrar os eventos, para a gente poder estar em constante melhoria, para estar cada vez aperfeiçoando mais. (Tulipa)

O relato e registro dos eventos adversos são percebidos pelos participantes como uma prática que contribui para o processo de melhoria, pois facilitam a identificação e a prevenção dos riscos; possibilitando que os enfermeiros gestores tenham ferramentas para avaliar o gerenciamento de risco. Na análise documental foi evidenciado um aumento no número de eventos registrados desde a implantação do programa de gerenciamento de risco na instituição, porém, nas observações em campo percebeu-se a existência de subnotificações, conforme foi relatado:

A gente tem certeza que tem muita subnotificação, por exemplo, de administração de medicamentos, de não-administração. [...] O enfermeiro gestor indo mais aos setores, estando mais perto, desmistificando a questão da punição e trazendo pra importância da terapêutica e da qualidade da

assistência, ele conseguiria mudar o foco e [...] gerar mais notificações. . (Papoula)

Os gestores referiram que as subnotificações podem estar relacionadas ao medo da punição, pela falta de conhecimento por parte dos colaboradores no que se refere ao objetivo do programa de gerenciamento de risco; e, também pela alta rotatividade que existe na instituição dificultando a cultura organizacional acerca desse processo:

A nossa frase é assim: isso não é punitivo, isso não vai gerar nenhum tipo de punição. [...] A gente quer só controlar, para ver como que a gente está nesta questão de qualidade de serviço... Mas, essa cultura colocada, é bem difícil de derrubar. (Margarida)

No campo operacional, presenciaram-se orientações à equipe, no que se refere ao gerenciamento de risco. Alguns profissionais, ao serem questionados quanto à importância desse programa apresentaram respostas limitadas, assim como, disseram ser esse o motivo de punição em gestões anteriores. Vale ressaltar, também, que alguns colaboradores ingressaram na empresa recentemente.

Conforme análise documental o índice de rotatividade da equipe, no último ano foi bastante significativo, não sendo divulgado neste estudo, por se tratar de um dado confidencial. Essa informação foi apontada pelos entrevistados, como sendo um desafio a mais no fortalecimento da cultura organizacional e na gestão dos riscos:

A rotatividade é muito grande, é muito alta.[...]Dos técnicos,é uma troca muito frequente: hoje ele está e mês que vem já é outra equipe! Então, a gente tem que estar sempre repetindo. Isso é uma dificuldade que a gente tem na própria implementação do plano: rotatividade alta dos funcionários da enfermagem. (Papoula)

A gente percebe que de quatro em quatro meses a gente tem que treinar, porque tem uma rotatividade muito grande. Aqueles que estavam há quatro meses no hospital provavelmente, já não estão mais! (Rosa 2)

As melhores práticas, com foco na gestão dos riscos e qualidade do atendimento implica na melhoria constante do processo a partir da realidade, que se apresenta, buscando incorporar as práticas à cultura da organização, fato esse dificultado pela não fixação dos profissionais. Diante disso, destaca-se o medo da punição e a rotatividade da equipe como sendo aspectos que limitam o conhecimento no que se refere à importância do gerenciamento de risco para a qualidade da assistência. Implicando a necessidade de ações educativas para fortalecimento da cultura organizacional acerca desse tema, assim como, da implementação do processo de Acreditação Hospitalar.

As múltiplas dimensões da gestão como melhor prática no gerenciamento de risco



Ilustração 7. As múltiplas dimensões da gestão como melhor prática no gerenciamento de risco.

A supervisão, o controle e a avaliação dos processos foram considerados como uma melhor prática no âmbito do gerenciamento de risco. A supervisão e acompanhamento, além de observação in loco das ações; desenvolvidas, dos registros, também, orientam novas práticas:

Eu acho que esse é o caminho [...] Eles estão pegando bem em cima, assim, para registrar. Já teve plantão, por exemplo, que eles passaram no setores pedindo para registrar as coisas. (Rosa)

Acompanhamento, supervisão: eu faço visita nos pacientes, a gente acompanha. A gente não fica assim no foco, no dia-a-dia, mas eu passo todos

os dias, eu vejo o que está acontecendo, eu acompanho. (Rosa2)

A avaliação é importante no processo, por identificar as falhas no processo e direcionar novas ações:

A gente está sempre mensurando as coisas, comparando, controlando, para ter resultado e ir a caminho das melhorias [...]Não adianta a gente fazer o processo e não poder avaliar. Eu acho que uma das melhores práticas é estar sempre avaliando, identificando, para mudar estratégias, para melhoria. (Copo de Leite)

Se a gente conseguir avaliar os erros e agir em cima deles é totalmente importante, porque é em cima destes erros que nós vamos melhorar. (Tulipa)

Considerada como importante, a ação no gerenciamento de risco, a investigação a respeito das ações e eventos adversos, no processo, foi considerada como melhor prática:

A gente incorporou agora a investigação dos eventos registrados. Até então, a gente estava acompanhando o registro dos eventos de forma mais tática, a gente queria criar um série histórica e, em cima da série histórica começar desenvolver planos de ação. A gente começou agora a investigar. Diariamente a gente identifica os eventos que foram registrados no dia anterior. [...]alguma coisa específica da assistência e a gente vai até o paciente, até a enfermagem e investiga, para perguntar o que é que houve, o porquê que aconteceu aquilo e daí, em cima disso, a gente já consegue, às vezes, tomar alguma medida preventiva para que aquilo não ocorra novamente.(Papoula)

Tal relato foi presenciado nas observações em campo, em que na presença de eventos adversos, a chefia da unidade realizava o registro,

conforme fluxo operacional; e; posteriormente, era realizada auditoria presencial pela assessoria de qualidade. Ressalta-se que esse fluxo de notificação de eventos está disposto em forma eletrônica; e, também, impresso e disposto na unidade para que todos colaboradores tenham acesso à informação, entretanto, frente a um evento, quem realiza o registro, na maioria das vezes, é a enfermeira da unidade. Muitas das vezes, a informação não chega até ela e nem é registrada. Ratifica, assim, mais uma vez, a presença das subnotificações dos eventos, motivo esse de controle por parte dos gestores de riscos.

Todos os significados evidenciam competências relacionadas à função de liderança desses profissionais, visto que as ações se referem a planejar, a acompanhar, a investigar, a mensurar, a supervisionar e a avaliar; os processos, compartilhando responsabilidades obtendo-se, assim, sucesso no gerenciamento de risco. Isso foi incorporado à relevância da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade dos processos:

Desde que a gente começou a elaborar o plano, [...] ele foi dividido em partes e daí eles convidaram um representante de cada área[...]começou o processo com o grupo todo. (Margarida)

A gente não tem como estar lá na ponta o tempo inteiro, a gente não tem olho para tudo. Então, tem que estar em contato com as pessoas e estar sempre atento para desenvolver ações no sentido da melhoria, da segurança e da qualidade da assistência. (Gestora Papoula)

No gerenciamento de risco não tem um único gestor, tem uma pessoa que controla aquilo que vai chegar para ele, mas todo mundo é responsável. Porque, se eu deixar de relatar alguma situação, não deixar aquilo ser levado, atrasando a solução daquele problema [...] não vai ter solução! (Orquídea)

Ao presenciar, em campo, a existência do comitê de gerenciamento de riscos; envolvendo profissionais da área assistencial, entre eles, farmacêutico, enfermeiros, médico e gerente de qualidade, foi

confirmado o desenvolvimento das ações por meio de uma equipe multidisciplinar. As reuniões bimestrais, realizadas pelos membros desse comitê, no intuito de avaliar o processo e propor ações de melhorias, ratificam a necessidade da interdisciplinaridade na concretização das ações.

Diante do exposto, os resultados evidenciam que os gestores ao adotarem práticas que envolvam a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, passam a fortalecer o processo de gestão de qualidade na organização, num processo de gestão compartilhado e multidimensional. Assim, a análise documental demonstrou o interesse, por parte dos gestores, em implementar o processo de acreditação hospitalar e, para isso faz-se necessária uma gestão multidimensional que adote estratégias de prevenção de riscos.

As ações de treinamento *in loco*, orientações à equipe, controle e investigação dos eventos adversos, por meio de auditorias internas e as discussões no comitê de gerenciamento de risco, confirmam, que os enfermeiros gestores dessa organização, vêm adotando melhores práticas no gerenciamento de risco e, assim, fortalecendo a implementação do processo de acreditação hospitalar.

DISCUSSÃO

A informação e a qualidade são alguns dos instrumentos que apontam para implementação de programas de melhoria no âmbito das organizações. As transformações no mundo, neste novo milênio, associadas à competitividade nas organizações exige cada vez mais que os profissionais aprendam para responder a essas demandas (CUNHA; NETO, 2006). Os enfermeiros gestores ao adotarem práticas como treinamentos *in loco* e orientações para equipe, visando ao esclarecimento no que se refere ao gerenciamento de riscos, podem estar contribuindo para a aquisição de conhecimentos.

Nesse sentido, considerar a educação como melhor prática de gerenciamento de risco é associá-la à inserção de conhecimento na organização; permitindo que essa se mantenha no mercado, uma vez que, é considerada como pré-requisito para sua existência. Ao introduzir-se na prática de trabalho da enfermagem a educação, faz-se necessária a reforma do pensamento, para então articular e organizar os conhecimentos e, com isso, reconhecer e conhecer os problemas do mundo (Morin, 2011b).

O meio ambiente considerado o contexto do processo de gestão do enfermeiro e o produto dessas relações, interações; constituindo o

todo, ou seja, o contexto hospitalar, reflete a multiplicidade das culturas, valores e crenças destes profissionais (Morin, 2010a; Morin 2010b). Segundo Paladini (2009), a cultura organizacional é considerada como sendo o conjunto de valores e crenças de uma sociedade, ou seja, cria-se a cultura da qualidade quando a organização e seus integrantes consideram a política e/ou programa de qualidade relevante. Isso pode acarretar mudanças nas organizações.

A mudança é temida, dentro de uma organização, pois está atrelada a modificações das práticas de trabalho, podendo desencadear confusão emocional, envolvendo sensação de perda e incertezas (OLIVEIRA; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2010). Assim, a existência de práticas educativas nas organizações pode fortalecer sua cultura organizacional e com isso estabelecer mudanças no processo de trabalho dos envolvidos.

Dessa forma, ao considerar o processo de educação como sendo uma melhor prática adotada, em um programa de gerenciamento de risco; os enfermeiros gestores estão não só investindo em seu capital humano, como também, utilizando estratégias de inserção da cultura organizacional de forma que isto fortaleça a prática de gestão, a qual pode estar permeada por pensamentos complexos. O pensamento complexo sensibiliza a aptidão de globalizar e contextualizar os saberes, o tornando-o parte da cultura da humanidade, da prática profissional e da sociedade (MORIN, 2010a; 2011a).

As organizações de saúde prezam por uma assistência de qualidade, estando esta atrelada a práticas e ações que visam à segurança da clientela, fazendo com que a mesma tenha satisfação pelos serviços prestados. A compreensão dos eventos adversos facilita esse processo de avaliação (BECCARIA et al., 2009). Frente a isso, a comunicação escrita e verbal dos registros dos eventos adversos por parte da equipe de enfermagem pode facilitar a identificação desses riscos e, assim, elaborar estratégias de prevenção; culminando, então, em uma melhor prática no âmbito do gerenciamento de risco atrelada a um cuidado de qualidade.

Atualmente, os cursos ministrados aos profissionais de saúde, no que se refere à segurança do paciente, estão voltados para aspectos como identificação do paciente, comunicação clara, administração de medicamentos, cirurgias e procedimentos, prevenção de quedas, uso de protocolos, prevenção de infecções nosocomiais, ambiente seguro, fatores humanos e envolvimento do paciente nas tomadas de decisões. Isso ratifica que a adoção de medidas que visem à segurança do paciente é uma responsabilidade por parte dos profissionais que praticam o

cuidado e não um modismo, ou um novo enfoque dos serviços de saúde (LEON, 2006).

Nesse sentido, estudo realizado sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva constatou que tais eventos estavam relacionados à administração de medicamentos, procedimentos de enfermagem não realizados, manuseio incorreto de artefatos terapêuticos e diagnósticos e registros de enfermagem (BECCARIA et al., 2009). Os eventos adversos, no entanto, são atos que podem ocasionar danos e/ou riscos a uma pessoa (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010), culminando em uma gestão com foco na avaliação e controle de tais ações, para que se possa evitar este acontecimento.

Considerando que a identificação das melhores práticas está atrelada ao envolvimento de parceria, exigindo colaboração das diversas partes interessadas (OMS, 2008), os enfermeiros gestores ao apontarem o registro dos eventos adversos como melhores práticas estão mencionando que é indispensável à colaboração dos trabalhadores na notificação dos eventos, seja de forma escrita ou de forma verbal.

As subnotificações dos eventos adversos, associados ao medo da punição e alta rotatividade dos funcionários, podem constituir-se em fatores limitantes para que se alcance a efetividade dos registros desses eventos, o que pode dificultar a avaliação da qualidade, por meio desses indicadores. Beccaria et al. (2009) afirmam que o estudo dos erros humanos é recente, fazendo com que os profissionais de saúde relacionem tais eventos com vergonha, medo e punições. A existência da movimentação de recursos humanos traz consequências para todos, inclusive, esse indicador de qualidade é considerado um problema gerencial (KURGANT et al., 2009).

Ao identificarmos os eventos adversos, em um programa de gerenciamento de risco, adotando-se estratégias de identificação e prevenção dos riscos, os enfermeiros gestores podem fortalecer o processo de implantação dos padrões de acreditação hospitalar (ONA, 2011), uma vez que, esse processo tem relação direta com a avaliação dos indicadores de qualidade (FRANCO et al., 2010).

Um estudo abordando a percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial, ressaltou que um dos indicadores de maior relevância para esta melhoria foi o índice de eventos adversos (FRANCO et al., 2010). Assim sendo, é importante destacar que o uso dos indicadores devem estar inseridos à cultura de melhoria contínua e não associar o processo a caráter fiscalizatório, punitivo (MOURA et al., 2009).

Um dos critérios de seleção das melhores práticas são a eficácia,

eficiência e relevância, ou seja, o funcionamento das práticas deve atingir resultados mensuráveis e a produção de resultados deve ser expressa num nível razoável de recursos e custos; abordando os problemas prioritários de saúde (OMS, 2008). Isso clarifica as múltiplas dimensões da gestão como melhor prática no gerenciamento de risco, visto que a organização é uma atividade regeneradora e geradora permanente em todos os níveis, tomando por base a elaboração de estratégias (MORIN, 2010b).

Muito se tem discutido a respeito das competências organizacionais e profissionais, destacando-se estas como ferramentas essenciais para o processo de gestão. No âmbito da gestão de enfermagem, entende-se que essas competências formam um conjunto de atividades gerenciais e assistenciais que se caracterizam pelo exercício da liderança (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010). O planejamento, a coordenação, a supervisão, o controle e a avaliação constituem a dimensão técnica do processo de gerenciamento dos enfermeiros nas organizações hospitalares (SANTOS; GARLET; LIMA, 2009).

Na última década, o advento da implantação de programas de qualidade e ou de acreditação hospitalar, impulsionou as organizações hospitalares de saúde a avaliar o desempenho de suas ações mediante uso de indicadores. Desse modo, supervisionar, avaliar e controlar os registros de eventos adversos em um programa de gerenciamento de risco pode ser um forte indicador de avaliação da assistência para os enfermeiros gestores, uma vez que um dos desafios futuros na prática da enfermagem será implementar, avaliar, controlar e revisar as etapas da assistência de enfermagem (FRANCO et al., 2010).

A sistematização da assistência de enfermagem e todas as fases do processo contribuem para a qualificação da assistência. Um novo modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem está centrado na complexidade e nas melhores práticas (KEMPFER et al., 2010). O método da complexidade define que:

O sistema não é uma palavra-chave para a totalidade; é uma palavra raiz para a complexidade [...] Além do mais, a organização não é instituição, mas uma atividade regeneradora e geradora permanente em todos os níveis, e que se baseia na computação, na elaboração das estratégias, na comunicação, no diálogo (MORIN, 2010 b, p. 274-275).

Dessa forma, a organização hospitalar pode ser a raiz para a complexidade dos processos que permeiam a prática de gestão dos enfermeiros. Confirmando que a gerência não é algo isolado (MONTEZELI; PERES, 2009), mas permeada por múltiplas dimensões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi identificado que as ações adotadas pelos enfermeiros gestores, no gerenciamento de risco, consideradas como sendo as melhores práticas na perspectiva da acreditação hospitalar, vinculam-se às ações de educação, à análise crítica da realidade, e às múltiplas dimensões da gestão.

Diante desse contexto, compreendemos que o gerenciamento de risco está atrelado à identificação de não- conformidades no âmbito dos processos de segurança; propondo ações de prevenção no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada e garantir maior segurança ao cliente. Assim, podemos considerar que as ações (aqui mencionadas como melhores práticas) podem facilitar a implementação do processo de acreditação hospitalar, uma vez que os padrões exigidos para receber certificação de acreditado estão atrelados às questões de segurança.

A preocupação, por parte dos enfermeiros gestores, em garantir segurança na prática assistencial de enfermagem, ficou bastante evidente, frente à ênfase dada aos registros dos eventos adversos. Isso evidencia que essa prática constitui-se em uma ferramenta para implementação de programas de gestão da qualidade, por ser esse registro considerado um indicador de qualidade. Partindo desta premissa, a identificação dos riscos, por meio da avaliação desse indicador, pode permitir ao enfermeiro gestor a implantação de estratégias que venham a culminar na avaliação da assistência de enfermagem.

Assim, quanto maior o número de eventos conhecidos, mais facilmente se identifica as falhas no processo assistencial; e, assim, adotam-se as melhores práticas para garantir a seguridade da clientela que recebe esse serviço. Levando o fato dos enfermeiros gestores estarem avançando na prática gerencial e, assim, fortalecendo sua prática de gestão por meio da adoção de melhores práticas.

Almeja-se, portanto, que esse estudo amplie o esclarecimento acerca das melhores práticas, no gerenciamento de risco, permitindo aos enfermeiros gestores, atingir excelência em suas ações e, assim proporcionar uma assistência segura e de qualidade, e, com isso facilitar o processo de certificação para a organização.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, A.; KERBER, C. B. K. B.; CORRÊA, F. A de. et al. **Plano de gerenciamento de riscos hospitalares**. Florianópolis, 2008

BECCARIA, R. L. M.; PEREIRA, L. A. M.; COUNTRIN, S. M. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Saúde. **Rede de Hospitais Sentinela**. Brasília, ANVISA, 2011b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sentinela/apresenta.htm>> Acesso em: 22 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02_0060_M.pdf>. Acesso em: 20 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/ensino/pesquisa_cns.pdf>. Acesso em: 08 set. 2011

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. Trad. Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, I.C.K.O.; NETO, F.R.G.X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 479-482, jul/set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a13.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2011.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S.R. de; MELLO, A. L. S. F. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-491, jul/set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a14.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

FRANCO, J. N.; BARROS, B. P. A.; VAIDOTAS, M. et al. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 806-810, set/out, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/18.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2011.

KUWABARA, C. C. T.; ÉVORA, Y. D. M.; OLIVEIRA, M. M. B. de. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n.5, set/out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_15.pdf >. Acesso em: 10 out. 2011.

KEMPFER, S. S.; BIROLO, I. V. B.; MEIRELLES, B. H. S. et al. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 562-566, set. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10776/10863>>. Acesso em: 18 set. 2011.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600004>. Acesso em: 29 out. 2011.

LEON, R.; AGUSTIN, C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. **Revista Cubana de**

Enfermeria, v. 22, n. 3, p. 01-07, jun. 2006. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192006000300007&script=sci_abstract&tlng=e> Acesso em: 28 out. 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010a. 128 p.

_____. **Ciência com consciência**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b. 344 p.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011a. 120 p.

MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M.; Competência gerencial do enfermeiro: conhecimentos publicados em periódicos brasileiros. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 553-558, jul/set. 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16189/10707>> Acesso em: 29 out. 2011.

MOURA, G.S.S. de; JUCHEM, B. C.; FALK, M. L. R. et al. Construção e implantação dos indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 136-140, mar. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4720/6572>>. Acesso em: 30 mai. 2011.

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

OLIVEIRA, O. J. ; OLIVEIRA, A. B.; ALMEIDA, R. A. Diretrizes para implantação de sistemas de segurança e saúde do trabalho em empresas produtoras de baterias automotivas. **Gest. Prod.**, Bauru, v.17, n.2, p. 408-419, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional Africano. **Guia para a documentação e partilha das melhores práticas em programas de saúde.** Brazzaville: OMS, 2008. Disponível em: <<http://afrolib.afro.who.int/documents/2009/pt/GuiaMelhoresPratica.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. **Institucional.** Brasília: ONA, 2011. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Inicial>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

PADILHA, K. G.; KITAHARA, P. H.; GONÇALVES, C. C. S. et al. Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a07.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

PALADINI, E. **Gestão estratégica da qualidade: princípios, métodos e processos.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009. 220 p.

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

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 317-321, mar/abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/23.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2011.

SANTOS, J. L. G.; GARLET E. R.; LIMA, M. A. D. S. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 525-532, set, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7879/6972>>. Acesso em: 29 out. 2011.

STAKE. R. E. The Case study method in social inquiry. **Educational Researcher**, v.7, n.2, p. 5-8, 1978.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As melhores práticas adotadas pelo enfermeiro gestor, em um programa de gerenciamento de risco, foram evidenciadas nesse estudo como sendo as ações de educação, análise crítica da realidade e as múltiplas dimensões da gestão. As práticas apontaram para acreditação hospitalar, uma vez que as ações, desenvolvidas no gerenciamento de risco, estão muito próximas das exigências adotadas pelas instituições acreditadoras ao realizarem avaliação das conformidades dos padrões institucionais, para recebimento de certificação de qualidade.

O desenvolvimento das ações de planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação, ou seja, as múltiplas dimensões da gestão, sob a perspectiva do cuidado complexo, também consolidou-se como melhores práticas ao levar em conta o contexto, a multidimensionalidade dos processos e a totalidade das partes que compõem o todo da organização.

O gerenciamento de risco ao propor ações, que possibilitem a identificação e prevenção dos riscos no âmbito do processo assistencial, pode concretizar-se como uma ferramenta gerencial no processo de trabalho dos enfermeiros. Isso implica práticas seguras para a garantia da qualidade da assistência prestada. A ênfase dada aos registros dos eventos adversos como sendo indicadores de qualidade no gerenciamento de risco pode permitir ao enfermeiro gestor a implantação de estratégias que venham a culminar na avaliação da assistência de enfermagem.

Um aspecto importante a ressaltar, como limitação na realização da pesquisa, foi a implantação recente do programa de gerenciamento de risco no serviço pesquisado, refletindo em uma cultura organizacional ainda fragilizada, dificultando uma melhor compreensão do caso. Os sujeitos mostraram-se conhecedores do tema em estudo, o que facilitou a compreensão das melhores práticas no âmbito da gestão de enfermagem em um programa de gerenciamento de risco.

Há a necessidade do esforço por parte do pesquisador no que se refere à utilização de múltiplas fontes de evidências, pois para se compreender um caso, faz-se necessário despender esforços para que o mesmo sirva de exemplos para contextos semelhantes.

Mesmo diante dessas limitações, o estudo possibilitou o alcance dos objetivos propostos, uma vez que, a metodologia empregada permitiu que as várias fontes de informações fossem trianguladas em busca da compreensão do caso.

Como ponto de destaque ressalta-se a definição atrelada às

melhores práticas na perspectiva dos enfermeiros gestores, em que emergiram os termos padronização de processos e protocolos e um fazer com qualidade, ambos baseados em práticas seguras. Isto implica um processo interdependente que associa melhores práticas, gerenciamento de risco e gestão da qualidade hospitalar, o que pode concretizar-se em um despertar para uma gestão inovadora.

A inserção de práticas reflexivas transforma o pensamento daqueles que dispõem desse conhecimento e, por consequência pode trazer inovação no processo de trabalho. Dessa forma, a implementação de melhores práticas fortalecidas por pesquisas científicas vêm a complementar a análise crítica por parte destes profissionais no seu processo de trabalho, instrumentalizando-os para o enfrentamento de situações problemas. Também, traz a importância da adoção pelos enfermeiros de uma prática cientificamente comprovada.

Assim sendo, a adoção de melhores práticas no âmbito do gerenciamento de risco pode se concretizar como uma ferramenta gerencial. Faz-se necessário, identificar as ações adotadas como melhores práticas. Isso pode permitir que os enfermeiros avancem no exercício de liderança, fortalecendo a prática de gestão da qualidade no âmbito das organizações hospitalares o que vêm a facilitar, também, a implantação de certificações.

Diante do exposto, os enfermeiros que atuam na gestão hospitalar necessitam estarem sensibilizados da relevância de instituir novos pensamentos, reformulando suas práticas e desmistificando paradigmas fragmentados que permeiam as ciências da saúde. Assim, se faz necessário explorar estudos no que tange ao esclarecimento do termo melhores práticas, possibilitando aos enfermeiros um pensar e agir mais efetivo dando subsídios para sistematizar sua prática de trabalho, tornando-a clara, definida e com legibilidade, garantindo uma prática segura com consequente qualidade e satisfação do cliente.

Almeja-se, portanto, que a partir de uma maior compreensão das melhores práticas adotadas em um programa de gerenciamento de risco, os enfermeiros gestores ampliem o seu entendimento no que se refere a estas práticas, identificando, assim, as melhores ações a serem adotadas no seu processo de trabalho. Espera-se, também, o fortalecimento para as tomadas de decisões nos processos que envolvem as questões de segurança ao cliente, ampliando as práticas de cuidados, fortalecendo a inserção da complexidade nas práticas e, assim, avançando no processo de gestão da qualidade hospitalar.

Nessa perspectiva, a partir da pesquisa, destaca-se como proposta de trabalhos futuros a exploração das melhores práticas no

gerenciamento de risco no âmbito assistencial e, também, relação destas práticas com os indicadores de qualidade assistencial. Isso permitirá medidas quantitativas, que associadas a aspectos qualitativos, vêm a complementar a prática da pesquisa na área da gestão de enfermagem. Além disso, pode instrumentalizar os enfermeiros para avançar na sua prática profissional imbuída de uma gestão com excelência.

REFERÊNCIAS

ABIMO. Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios. **Gerenciamento de risco**. São Paulo: ABIMO, 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sentinela/PDF/Gerenciamento%20de%20Risco_TECNO_EQUIPOS_dez2010.pdf>. Acesso em: 22 out. 2011.

ALEXANDRE, A.; KERBER, C. B. K. B.; CORRÊA, F. A de. et al. **Plano de gerenciamento de riscos hospitalares**. Florianópolis, 2008

ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, p. 335-336, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf> >. Acesso em: 10 nov. 2011.

BALSANELLI, A. P.; JERICO. M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n. 04, p.398-402, out./dez. 2005.

BITPIPE – **Best Practices**. Filiada a TechTarget. Disponível em: <<http://www.bitpipe.com/tlist/Best-Practices.html>>. Acesso em: 05 set. 2011.

BECCARIA, R. L. M.; PEREIRA, L. A. M.; COUNTRIN, S. M. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Saúde. **Inspeção**. Boas práticas de fabricação. Brasília. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011a. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/inspecao/boas.htm>> Acesso em: 02 nov. 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Saúde. **Resolução RDC nº 93, de 26 de maio de 2006.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/legis.htm#1>> Acesso em: 02 nov. 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Procedimento operacional padrão: POP.** Brasília: ANVISA, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/reblas/cursos/qualidade18/17025/POPPOP_r.esposta.pdf> Acesso em: 02 set. 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Saúde. **Rede de Hospitais Sentinela.** Brasília: ANVISA, 2011b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sentinela/apresenta.htm>>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Saúde. **Rede Sentinela.** Brasília: ANVISA, 2003 . Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/apresentacao.htm>> Acesso em: 22 out. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Dispõem sobre as questões éticas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

_____. Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia. **Conheça o Inmetro.** Brasília: INMETRO, 2011c. Disponível em: <<http://www.inmetro.gov.br/inmetro/oque.asp>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

_____. Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia. **Resolução nº 3 de 06 de maio de 2008.** Dispõem sobre a aprovação do plano de Implantação Assistida do Guia de Boas Práticas de Regulamentação. Brasília: INMETRO, 2008. Disponível em: <[htt://](http://)>

www.inmetro.gov.br/legislacao/resc/pdf/RESC000214.pdf >. Acesso em: 05 nov. 2011

_____. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. **Conheça o AMQ**. Brasília: AMQ, 2002 a. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/paginas/amqOquee.asp>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02_0060_M.pdf>. Acesso em: 20 set. 2010.

CHAVES, P. L.; COSTA, V. T. ; LUNARDI, V. L. A ENFERMAGEM FRENTE AOS DIREITOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.01, p.38-43, jan./mar. 2005.

CHIAVENATO, I. **História da administração**: entendendo a administração e sua poderosa influência no mundo moderno. [s.n.]. São Paulo: Saraiva, 2009.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. Trad. Magda Lopes. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, I.C.K.O.; NETO, F.R.G.X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 479-482, jul/set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a13.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2011.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3.ed. São

Paulo: Atlas, 2007. 293 p.

DEPEXE, M. D.; PALADINI, E. P. Benefícios da implantação e certificação de sistemas de gestão da qualidade em empresas construtoras. **Revista Gestão Industrial**, Paraná, v. 4, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.pg.utfpr.edu.br/depog/periodicos/index.php/revistagi/article/view/24/21>>. Acesso em: 29 out. 2011.

ERDMANN, A. L. ; ANDRADE, S.R. de; MELLO, A. L. S. F. . et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-491, jul/set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a14.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

FRANCO, J. N.; BARROS, B. P. A.; VAIDOTAS, M. et al. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.5, p. 806-810, set/out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/18.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2011.

FONSECA, A. da. S.; YAMANAKA, N. M. A. ; BARISON, T. H. A. da S. et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: Uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **O Mundo da saúde**, São Paulo, v. 29 , n. 2, p. 161-169, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/29/05_Auditoria_indicadores.pdf>. Acesso em : 12 mar. 2011.

GASTAL, F. L.; ROESSLER, I. F.; ALBINO, C. et al.. O Sistema Brasileiro de Acreditação. **Revista de Saúde**, Pelotas, v.2, n.1, p. 38-42, jan./jun.2004. Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/revistadesaude/edicoes/2004-2/sistema_brasileiro.pdf>. Acesso em: 04 out. 2010.

HONÓRIO R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de

experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 11, n. 1, p. 188-93, 2009.

IBGC. Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.ibgc.org.br/CodigoMelhoresPraticas.aspx>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

IDM. INTERACTIVE DOMAIN MODEL. **Overview of IDM Best Practices**. IDM definition of best practices for better health. on line: IDM, 2005 . Disponível em: <<http://www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=basics-overview>> Acesso em: 18 set. 2011.

IHC. Imperial Hospital de Caridade. **O hospital**. Disponível em: <<http://198.106.92.3/index.html>> Acesso em: 10 set. 2011.

ISO - INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO 14971:2007**. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=38193>. Acesso em: 15 nov. 2011.

IOWA. UNIVERSITY OF IOWA. College of Nursing. **HCGNE - Best Practices for Healthcare Professionals**. Iowa: IOWA. 2011. Disponível em: <<http://www.nursing.uiowa.edu/hartford/best-practices-for-healthcare-professionals>> Acesso em: 10 nov. 2011.

JCHO. THE JOINT COMMISSION. **About US**. About The Joint Commission. Washington, 2011. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx>. Acesso em: 11 nov. 2011.

KAHAN, B.; GOODSTADT, M. Health promotion: developing and implementing a best practices approach to health promotion. **Health Promotion Practice**, v. 2, n. 1, p. 43-67, 2001.

KEMPFER, S. S.; BIROLO, I. V. B.; MEIRELLES, B. H. S. et al. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 562-566, set. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10776/10863>>. Acesso em: 18 set. 2011.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600004>. Acesso em: 29 out. 2011.

KUWABARA, C. C. T.; ÉVORA, Y. D. M.; OLIVEIRA, M. M. B. de. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n.5, set/out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_15.pdf > . Acesso em: 10 out. 2011.

LEON, R.; AGUSTIN, C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. **Revista Cubana de Enfermería**, v.22, n.3, p. 01-07, jun. 2006. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192006000300007&script=sci_abstract&tlng=e> Acesso em: 28 out. 2011.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN. A. L. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, p. 271-278, abr/jul. 2006.

MANZO, B. F. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MARTINEZ, J. A. B. Em busca da qualidade total. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n.1. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n1/a01v33n1.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2011.

MARTINI, J.G. (Org.). **Auditoria em enfermagem**. Série especialidades. São Paulo: Difusão, 2009.

MAZZOTI, A. J. A. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 26, n. 129, set/dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n129/a0736129.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2011.

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

MELLO, A. L. S. F de; MOYSÉS, S. J. Melhores práticas em sistemas locais de saúde: sob foco a saúde bucal do idoso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.785-809, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a06.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2011.

MEIRELLES. B. H. S. **Interdisciplinaridade: uma perspectiva de trabalho nos serviços de atendimento ao portador do HIV/AIDS**.1998. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MIRANDA, M. M. S.; MORESI, E. A. D. A gestão do conhecimento no compartilhamento de melhores práticas em uma base de dados no tribunal federal regional da primeira região. **JISTEM Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**, São Paulo, v.7, n. 2, p. 409-432, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jistm/v7n2/08.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2011.

MOLINA, R. M. O enfoque teórico metodológico qualitativo e o estudo de caso: uma reflexão introdutória. In: MOLINA NETO, V.; TRIVINÕS, A. S. (Org.). **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas**. Porto Alegre: UFRGS/Sulina, 2004. p. 95-105.

MOURA, G.S.S.; JUCHEM, B. C.; FALK, M. L. R. et al. Construção e implantação dos indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 136-140, mar. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4720/6572>>. Acesso em: 29 mai. 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010a. 128 p.

_____. **Ciência com consciência**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b. 344 p.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011a. 120 p.

_____. **Os sete saberes necessários a educação do futuro**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez Editora, 2011b. 102 p.

MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M.; Competência gerencial do enfermeiro: conhecimentos publicados em periódicos brasileiros. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 553-558, jul/set. 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16189/10707>>. Acesso em: 29 out. 2011.

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

ONA. Organização Nacional de Acreditação. **Institucional**. Brasília: ONA, 2011. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Inicial>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional Africano. **Guia para a documentação e partilha das melhores práticas em programas de saúde**. Brazzaville: OMS, 2008. Disponível em: <<http://afrolib.afro.who.int/documents/2009/pt/GuiaMelhoresPratica.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Valores**. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=885&Itemid=672>. Acesso em: 22 set. 2011.

PAHO. **Provisional Summary Record of the Second Meeting**. Washington: PAHO, 2002, 29p. Disponível em: <<http://www.paho.org/french/gov/csp/csp26-sr2.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

PADILHA, K. G.; KITAHARA, P. H.; GONÇALVES, C. C. S. et al. Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a07.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 18-23, jan/mar. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=475688&indexSearch=ID>>. Acesso em: 13 set. 2011.

PALADINI, E. **Gestão estratégica da qualidade**: princípios, métodos e processos. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009. 220 p.

PETRAGLIA, Izabel. **Edgar Morin**: A educação e a complexidade do ser e do saber. 10.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 58p.

PINTO, S. H. B. P. ; M. M. C. ; L. H. H. ; S. R. F. Programas de melhoria da qualidade: Um estudo exploratório nas construtoras brasileiras de grande porte. **Revistas Gerenciais**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 45-51, jun. 2008.

OLIVEIRA, O. J. ; OLIVEIRA, A. B.; ALMEIDA, R. A. Diretrizes para implantação de sistemas de segurança e saúde do trabalho em empresas produtoras de baterias automotivas. **Gest. Prod.**, Bauru, v.17, n.2, p. 408-419, 2010.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 317-321, mar/abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/23.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2011.

RUTHES, R.M; CUNHA. I. C. K. O. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. **Revista de Administração em saúde**, São Paulo, v. 9, n. 36, p. 93-102, jul.set. 2007.

SANTOS, J. L. G.; GARLET E. R.; LIMA, M. A. D. S. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 525-532, set. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7879/6972>>. Acesso em: 29 out. 2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

STAKE. R. E. The Case study method in social inquiry. **Educational Researcher**, v. 7, n. 2, p. 5-8, 1978.

TOFOLETTO, M.C.; PADILHA, K.G. Consequências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 247-252, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/245.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2011.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Legislações/Instruções normativas. **Instrução Normativa 10/PEN/2011**. Critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem - PEN/UFSC. Florianópolis: PEN/UFSC, 2011.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set/out. 2007. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. Trabalho, Gestão e subjetividade: dilemas de chefias intermediárias em contexto hospitalar. **Cadernos EBAPE. BR.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 54-70, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v8n1/a04v8n1.pdf>>. Acesso em : 03 nov. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 37219787 - e-mail: pen@ccs.ufsc.br**

Roteiro de entrevista

Data: __/__/____

Nome completo: _____

Código: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Femenino

Estado Civil: _____

Formação: _____ Tempo de formação: _____

Área de Atuação: _____

Tipo de gestão: () Administrativa () Assistencial/cuidado/educativa

Tempo de trabalho na instituição: _____

Tempo exercido na gestão: _____

Realizou algum tipo de curso ou treinamento sobre gestão da qualidade/gerenciamento de risco/acreditação hospitalar?

() Sim. Em caso afirmativo,

Qual?

Onde?

Duração/CH: _____

() Não

Questões:

- 1- O que você entende por melhores práticas?
- 2- Você desenvolve essas “melhores práticas” na sua área de atuação? De que forma?
- 3- Como você percebe a relação das melhores práticas com o processo de gestão da qualidade hospitalar?
- 4- Você conhece o programa de gerenciamento de risco adotado por esta instituição? Faz parte do comitê ou participa indiretamente?
- 5- Que ações você implementa na sua prática que estão vinculadas a esse programa?
- 6- Quais delas você identifica como sendo as “melhores práticas” adotadas pelo enfermeiro gestor?
- 7- Na sua percepção, estas “melhores práticas” facilitam a implementação do processo de acreditação hospitalar? Por quê?
- 8- Você poderia me dizer algo mais sobre a relação entre gerenciamento de risco e acreditação hospitalar?
- 9- Quais ações desenvolvidas pelos enfermeiros gestores desta instituição no programa de gerenciamento de risco você considera como sendo facilitadoras da implementação da acreditação hospitalar?

Observações do entrevistador:

Assinatura da entrevistadora: _____.

Data: ____ / ____ / ____.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 37219787 - e-mail: pen@ccs.ufsc.br**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Veridiana Tavares Costa, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, sob orientação da Prof^a. Dra Betina H. S. Meirelles, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“Melhores práticas da gestão da qualidade no gerenciamento de risco e o Enfermeiro Gestor: Uma perspectiva para acreditação hospitalar”**.

O estudo objetiva compreender as melhores práticas da gestão da qualidade hospitalar adotadas pelo enfermeiro gestor, em um programa de gerenciamento de risco, que apontam para acreditação hospitalar.

Você está sendo convidada(o) a participar desta pesquisa. Embora não haja benefícios diretos para a sua participação nesta pesquisa, ela poderá oferecer a oportunidade de refletir sobre as melhores práticas da gestão da qualidade no gerenciamento de risco, adotadas pelo enfermeiro gestor, e, assim evidenciar quais delas apontam para acreditação hospitalar. Você poderá também sanar algumas dúvidas em relação ao processo de gestão da qualidade hospitalar. Suas crenças e valores serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Dada à carência de estudo nesta área, a sua participação é fundamental, para que compreendamos quais são as melhores práticas da gestão da qualidade hospitalar adotadas pelo enfermeiro gestor, fazendo com que isto sirva de ferramenta facilitadora para os enfermeiros que atuam no processo de gestão da qualidade.

Sua colaboração nesta pesquisa implicará na participação de uma entrevista que durará mais ou menos uma hora e será gravada em áudio com o seu consentimento. Esta entrevista será agendada, previamente, com a indicação do local de encontro. Também serão realizados encontros de observação.

Todas as informações obtidas na sua entrevista e nos encontros permanecerão confidenciais. Serão utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das informações no relatório da pesquisa. Todas as informações serão usadas somente para este estudo e divulgadas em eventos e publicações científicas. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas em armário chaveado, sob guarda do pesquisador por 5 anos.

Esta pesquisa não implica em gasto ou risco para você mas esperamos que traga benefícios em função das discussões e buscas de soluções para os problemas encontrados.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento não terá qualquer implicação para você.

Caso você tenha ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone baixo ou fazê-lo pessoalmente.

Veridiana Tavares Costa. Telefone: (48) 84046980/ (48)32223759

Assinatura: _____

Betina H. S. Meirelles - Orientadora

Assinatura: _____

Eu, _____, fui esclarecida sobre a pesquisa **MELHORES PRÁTICAS DA GESTÃO DA QUALIDADE NO GERENCIAMENTO DE RISCO E O ENFERMEIRO GESTOR: UMA PERSPECTIVA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**. Concordo em participar dela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma. Compreendo que serei entrevistado (a), em um local e um horário a ser combinado e dentro de minhas possibilidades, tendo liberdade de responder ou não aos questionamentos e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Compreendo que não terei benefício direto e imediato como resultado de minha participação, mas que ela poderá me oferecer a oportunidade de refletir sobre as melhores práticas da gestão da qualidade hospitalar adotadas pelo enfermeiro gestor em um programa de gerenciamento de riscos que apontam para a acreditação hospitalar.

Florianópolis, _____ de _____ de 2011

Assinatura: _____ RG: _____

ANEXOS

ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA

Entidade mantenedora:



Imperial Hospital de Caridade

DESDE 1789 - FLORIANÓPOLIS - SC

DECLARAÇÃO:

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisas Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, conhecimento do projeto de pesquisa **O ENFERMEIRO GESTOR DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**, e cumprir termos da Resolução CNS 196/96 e outras complementares, e com instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, auto sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 25 de novembro de 2010.


Felipe Otávio Boabaid
Provedor



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO N°

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO:

FR:

TÍTULO:

AUTOR:

FLORIANÓPOLIS, ____ de _____ de _____.

Coordenador do CEPSH/UFSC