



USO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO DA QUALIDADE COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE NEONATAL

USE OF QUALITY MANAGEMENT TOOLS FOCUSING ON THE SAFETY OF THE NEONATAL PATIENT

USO DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DE CALIDAD CON UN ENFOQUE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE NEONATAL

Fernanda Cristina Custodia de Faria Fioreti⁵, Bruna Figueiredo Manzo¹, Lívia Cozer Montenegro², Allana dos Reis Corrêa⁴, Tatiana Carvalho Reis Martins⁴, Daiana Muniz Costa⁶

RESUMO

Objetivo: analisar o uso das ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais de hospitais privados acreditados em excelência de Belo Horizonte/MG. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 25 profissionais da equipe de saúde, e os dados foram submetidos à análise crítica de discurso. **Resultados:** os achados mostraram potencialidades e fragilidade dos profissionais quanto à utilização das ferramentas de qualidade com foco na segurança do paciente. **Conclusão:** os entrevistados têm conhecimento das ferramentas, porém, apresentam dificuldade em aplicá-las na prática, sendo necessária uma reestruturação nos processos de trabalho para a incorporação das ferramentas, com foco na melhoria contínua da qualidade e cuidado seguro. **Descritores:** Qualidade da Assistência à Saúde; Controle de Qualidade; Serviços de Saúde; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to analyze the use of quality management tools focused on patient safety. **Method:** a descriptive study with a qualitative approach, developed in the Neonatal Intensive Care Units in private hospitals that are accredited excellence in Belo Horizonte/MG. Data collection was conducted through semi-structured interviews with 25 health team professionals, and the data was subjected to critical discourse analysis. **Results:** the findings showed potential and fragility of professionals in the use of quality tools focused on patient safety. **Conclusion:** the respondents are aware of the tools, but have difficulty in applying them in practice, restructuring work processes for the incorporation of tools focused on the continuous improvement of quality and safe care is required. **Descriptors:** Quality of Health Care; Quality Control; Health Services; Patient Safety.

RESUMEN

Objetivo: analizar el uso de herramientas de gestión de calidad con un enfoque en la seguridad del paciente. **Método:** estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, desarrollado en las unidades de cuidados intensivos neonatales de hospitales privados acreditados en excelencia de Belo Horizonte/MG. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestruturadas con 25 profesionales del equipo de salud, y los datos fueron sometidos a análisis crítico del discurso. **Resultados:** los resultados demostraron potencial y fragilidad de los profesionales sobre el uso de herramientas de calidad con un enfoque en la seguridad del paciente. **Conclusión:** los encuestados son conscientes de las herramientas, sin embargo presentan dificultades de aplicarlas en la práctica, que requiere una reestructuración de los procesos de trabajo para la incorporación de herramientas con un enfoque en la mejora continua de la calidad y atención segura. **Descriptor:** Calidad de la Atención de Salud; Control de Calidad; Servicios de Salud; Seguridad de Paciente.

¹Professora Doutora em Enfermagem, Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: brunaamancio@yahoo.com.br; ²Professora Doutora, Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: liviacozermontenegro@gmail.com; ³Professora Doutora, Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: allanareiscorrea@gmail.com; ⁴Mestre em Enfermagem, Professora substituta, Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: tatycnn@hotmail.com; ⁵Enfermeira Especialista em UTI Pediátrica e Neonatal, Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: fernandafioretienfermeira@hotmail.com; ⁶Estudante, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: daianamunizcosta@gmail.com

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, estudos e discussões sobre segurança e qualidade da assistência têm se tornado frequentes em virtude do crescimento exponencial de incidentes no ambiente hospitalar. O hospital incorpora, em sua estruturação, traços do modelo organizacional e burocrático comuns às empresas, congregando os princípios e noções da eficácia, produtividade, competência, qualidade total, cliente, produto, desempenho e excelência, estimulando cada vez mais o trabalho de equipes que gerenciam as práticas em saúde e que buscam o processo de Acreditação Hospitalar.¹⁻²

A publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM), To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, no final da década de 90, demonstrou, a partir da análise de estudos de relevância, a alta taxa de incidentes nas instituições hospitalares, frequentemente ocasionados pelo erro humano, passando a ser evidente a necessidade de repensar os modelos assistenciais utilizados, a fim de garantir a segurança do paciente e qualidade assistencial.³

As definições acerca do conceito de qualidade são muitas, entretanto, no setor de saúde, a qualidade da assistência apoia-se na avaliação de três dimensões oriundas da obra de Donabedian, compreendidas pela estrutura (condições nas quais o cuidado é prestado), processo (como a atividade é realizada) e resultado (se os resultados apropriados foram alcançados).⁴⁻⁶

Ressalta-se que o conceito da qualidade do cuidado vem se modificando ao longo do tempo e, desde 2001, o IOM passou a incluir o termo segurança do paciente. Contudo, destaca-se que a busca da qualidade no cuidado ao paciente não é apenas a garantia de um cuidado seguro, pois envolve outras dimensões como acesso, efetividade, centralidade no paciente, entre outros. Assim, os sistemas de saúde, que buscam diminuir a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente, estão almejando aumentar a qualidade dos seus serviços. Porém, nem sempre a recíproca é verdadeira, pois é possível estabelecer atividades de melhoria da qualidade sem impacto algum na segurança do paciente.⁴⁻⁶

A qualidade também deve ser compreendida como um parâmetro da avaliação do funcionamento dos serviços de saúde a fim de investigar, estabelecer e aperfeiçoar os processos de trabalho, assim como a de fomentar o desenvolvimento de

padrões mais elevados e seguros de atendimento. Ao passo que busca fornecer dados precisos acerca das práticas de saúde, contribui diretamente na escolha e (re) formulação de estratégias de saúde e na tomada de decisão dos sujeitos envolvidos.⁶⁻⁸

Nessa perspectiva, as ferramentas de qualidade surgem como um instrumento relevante para avaliação dos processos de trabalho, sobretudo, para o alcance da qualidade e segurança nos serviços de saúde. Inúmeras são as ferramentas que podem ser empregadas na implantação e consolidação da gestão de qualidade como foco na segurança, dentre elas, o ciclo do PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), gestão de processos, os protocolos clínicos, os indicadores em saúde, a folha de verificação, o Plano de Ação, gerenciamento do risco, dentre outros.⁷⁻⁸

Ao buscar a segurança assistencial, em 1º abril de 2013, por meio do artigo 5º da portaria nº 529, o Ministério da Saúde definiu as estratégias para implementação do “Programa Nacional de Segurança do Paciente”, buscando garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde como direito do cidadão. Esse documento também enfatiza o aprimoramento e aprendizado organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com foco no sistema seguro, evitando os processos de responsabilização individual.⁷

No contexto da gestão pela qualidade e no processo de acreditação, chama atenção a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), uma vez que os pacientes estão suscetíveis a eventos adversos graves decorrentes da própria condição de saúde. Um estudo com 15 UTIN mostrou que os eventos adversos representam uma taxa de 74% incidentes e que 56% desses poderiam ser evitados.⁹ Dessa maneira, a segurança do paciente torna-se um tema relevante e um grande desafio para os profissionais de saúde. Acredita-se que, por meio de uma gestão focada na segurança e qualidade assistencial, a Unidade de Terapia Intensiva possa oferecer melhores resultados, considerando as condições clínicas e a complexidade dos pacientes, com a obtenção de índices aceitáveis de complicações decorrentes dos procedimentos realizados.

A incorporação de ferramentas de gestão como prática sistemática e efetiva na UTIN pode fornecer informações sobre o processo de trabalho da equipe multiprofissional, possibilitando a definição de estratégias de intervenção e busca de qualidade e segurança assistencial, sem desconsiderar as peculiaridades das organizações. Ademais, a avaliação da qualidade da assistência, com

base em métodos e ferramentas de qualidade, deve fazer parte da rotina de trabalho da equipe de saúde em busca do aprimoramento dos modelos de gestão e segurança do paciente.^{8,10}

Embora as ferramentas de gestão representem uma estratégia promissora para melhorar a qualidade do atendimento, a sua implementação e uso são frequentemente confrontados com desafios e problemas nas unidades de saúde. Alguns dos desafios podem ser justificados pela ausência de definição de funções para a equipe, já que o alcance do êxito na utilização das ferramentas depende necessariamente do forte envolvimento dos profissionais que estão na linha de frente dos serviços.⁸

Existem diferentes maneiras de emprego das ferramentas de gestão pelos profissionais de saúde que afetam diretamente a assistência e a segurança do paciente. A experiência e criatividade do profissional, a realidade do cenário vivenciado, a participação e atitude da equipe multiprofissional, dentre outros fatores, podem sugerir diferentes maneiras de utilizar as ferramentas, objetivando, além de certificações, uma assistência segura e com qualidade.

Embora a acreditação hospitalar se apresente para muitos gestores como uma ideologia da qualidade legitimada e estruturada por regras e normas, os profissionais de saúde, como elemento chave desse processo, devem ser valorizados principalmente no que se refere ao discurso das práticas cotidianas com o uso de ferramentas de gestão e não somente pelo prescrito nas estruturas. Ressalta-se que o Manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e as ferramentas de gestão, que são estruturas, não devem ser rejeitados, mas precisam ser reinterpretados de acordo com o contexto cotidiano de desenvolvimento dos serviços pela equipe multiprofissional.

Esta análise poderá fornecer, à equipe de saúde, reflexões sobre as formas de utilização das ferramentas de gestão na prática de acreditação hospitalar, bem como oferecer subsídios para a fundamentação dos processos decisórios envolvidos na resolução de problemas e das mudanças a serem adotadas na prática assistencial na UTIN, formalizando estratégias de ação e impulsionando inovações na área de saúde. Assim, este estudo objetiva:

- Analisar o uso das ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente.

MÉTODO

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. A opção pela pesquisa qualitativa permitiu lidar com questões que extrapolam os dados quantitativos, além de considerar a subjetividade, complexidade e dinamismo do fenômeno.

Como orientação metodológica, optou-se pela abordagem da análise crítica do discurso, tomando o referencial de qualidade em saúde e segurança do paciente como modelo teórico para a análise, pois o movimento interpretativo inserido nos discursos nos permite desvelar o que está oculto, e compreender como as diferentes formações discursivas se conectam e produzem novos significados.¹¹ Assim, esse método foi considerado mais propício ao tipo de estudo a que se propôs analisar com profundidade, envolvendo as práticas de discurso em relação à vivência dos profissionais de saúde, com a utilização de ferramentas da qualidade com foco na segurança do paciente.

Este estudo foi desenvolvido em duas UTIN de hospitais privados e acreditados em nível de excelência, atendendo aos critérios de segurança, gestão integrada e gestão de excelência. Para manter o anonimato dos setores de Terapia Intensiva Neonatal e dos hospitais, os cenários receberam as denominações A e B.

O cenário A do estudo caracteriza-se por uma UTIN/Pediátrica de um hospital pioneiro em acreditação hospitalar nível três (gestão em excelência) pela metodologia da Organização Nacional de Acreditação (ONA). O cenário B consiste de uma UTIN de um hospital privado de médio porte, inaugurado em 2004 na perspectiva de ser referência de qualidade no atendimento para todos os hospitais da rede credenciada. Em 2006, este hospital foi acreditado em nível de excelência e, desde então, mantém o título.

A pesquisa foi realizada com profissionais da equipe multidisciplinar, dentre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, totalizando 25 profissionais de ambas UTIN, entre o período de fevereiro a maio de 2014. Como critério de inclusão, os sujeitos deveriam estar inseridos no serviço por no mínimo um ano.

Elegeram-se, para fins deste trabalho, aqueles sujeitos que manifestaram interesse em participar do estudo. Dessa maneira, os sujeitos foram selecionados por conveniência,

convidando-os em seu próprio local de trabalho e definindo um horário de acordo com suas disponibilidades e vontades pessoais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, individuais e conduzida por um autor treinado do estudo.

Foi utilizado critério de saturação de dados para definir a amostra, o que significa a suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados apresentarem redundância ou repetição.¹²

Ressalta-se que não houve recusas dos profissionais em participar da pesquisa ou solicitação de interrupção da participação. Para garantir o registro fidedigno de todas as informações fornecidas pelos entrevistados, as entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra e numeradas de acordo com a sequência em que ocorreram utilizando-se as siglas E1, E2 e assim por diante. Os entrevistados das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais receberam a denominação respectivamente EA e EB.

Para orientar a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise do discurso com base no referencial de Normam Fairclough, um dos teóricos da análise crítica de discurso mais citados e resgatados em estudos organizacionais. Sua teoria pressupõe a utilização de um esquema tridimensional de análise, no qual a análise do evento discursivo tem como base a ideia de, simultaneamente: dimensão textual, que pressupõe a análise do conteúdo, da estrutura e do significado do texto; instância da análise prática discursiva, considerando os significados e as crenças; e instância de prática social, levando em consideração o contexto em que o discurso foi originado.¹³⁻¹⁴

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais - CAAE 05170203170-11, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 que discorre sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde.¹⁵ Ressalta-se que a participação dos sujeitos da pesquisa foi voluntária e os mesmos foram orientados em relação à possibilidade de desistência de participação a qualquer momento, sem qualquer ônus gerado a si mesmo ou à instituição de trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização de ferramentas de gestão com foco na segurança do paciente, visando a garantir a conquista e a manutenção da certificação da qualidade, tem sentido quando

as mesmas estão imersas nas práticas cotidianas dos profissionais no contexto hospitalar. A utilização contínua das ferramentas de gestão subsidia práticas cotidianas comprometidas com o aperfeiçoamento dos resultados e garantia do cuidado seguro.

Com bases nessas premissas, os sujeitos deste estudo, de ambas as unidades, apontaram a necessidade da gestão de processos como metodologia para avaliação, análise e avanço do desempenho de técnicas que podem ser definidas como um conjunto de operações sucessivas e ou paralelas que proporcionam um resultado bem definido ou um resultado de valor para o cliente.

Todos os processos são mapeados, então tudo que a gente faz é descrito e qual que seja a atividade potencial de risco para aquele processo, a gente tem uma ação. (EB1)

É como se fosse uma radiografia, fotografia do serviço que você tem controle do que é melhor para o paciente[...]nem sempre você chega em uma linha reta, mas você tem condições de enxergar seus problemas, seus pontos fortes e fracos [...] é uma visão global da unidade. (EB15)

Outros autores afirmaram que a gestão de processo contribui para a estruturação do sistema de informação relativo à segurança não apenas do paciente, mas do ambiente onde ele esteja inserido, promovendo, assim, a redução de riscos também para familiares e profissionais.^{5,9,15} O depoimento de EB15 reforçou a temática quando comparou a gestão de processos com procedimentos de imagem como a radiografia. A radiografia é um procedimento da radiologia que corresponde à área da medicina que utiliza raios-x para a realização de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças. Por sua vez, a gestão de processo visa ao diagnóstico das atividades executadas, previne erros e trata os possíveis problemas detectados, além de buscar novas formas de pensar e olhar a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde.

Acredita-se, portanto, que a gestão de processo se configura como instrumento potencial para minimizar incidentes causados aos pacientes, especialmente por possibilitar a descoberta das fragilidades e potencialidades dos processos de trabalho. Porém, não se garante como ferramenta imune a erros, pois as pessoas que participam dos processos de trabalho são passíveis de erros.^{4,15-16}

Dentre a gestão de processos aplicáveis, a qualidade da assistência com foco na segurança do paciente, a gestão do risco tem sido considerada um instrumento chave no

que diz respeito à segurança do paciente. Os sujeitos desta pesquisa consideraram a gestão de processos uma das mais importantes ferramentas para o rastreamento de ações e procedimentos e para a consistência de monitoramento, além da prevenção de eventos adversos diante da singularidade de cada situação:

O gerenciamento de risco é individualizado para cada paciente. Você vê o que ele tem e quais são os riscos inerentes à internação naquele momento. (EA17)

A gente tem comunicação de eventos de fármaco-vigilância [...] Todo mundo participa e preocupa com a melhor forma de prevenir e resolver aquele evento. (EA15)

O discurso dos profissionais é consonante com os achados em outros estudos nos quais, para a prevenção de riscos, é essencial identificar e analisar a origem do evento inserido no processo de trabalho, para que ações preventivas possam ser sistematizadas de forma resolutiva e duradouras e não apenas pontuais. Estabelecer o gerenciamento de risco sistemático poderá ser uma opção para melhor controle e monitoramento de resultados.^{5,10,16}

Destaca-se a importância do uso destas ferramentas de gestão de processos, principalmente no que se refere à UTIN, cujos clientes estão altamente frágeis e recebem uma terapia invasiva e, por isso, estão mais suscetíveis a iatrogenias. Nesse quadro, a realidade da filosofia da prevenção de erros deve ser incorporada a todas as práticas e etapas do serviço englobando, dentre outros, a tecnovigilância, a farmacovigilância, o controle de infecção hospitalar, a gestão de resíduos e a hemovigilância.¹⁶

A gestão de risco tem por objetivo proporcionar a segurança e a qualidade dos processos e estabelecer um programa abrangente da assistência, de forma a influenciar uma cultura nova no que se refere ao erro, trabalhando-o não para determinar algum tipo de punição, mas para gerar aprendizado para a equipe multiprofissional. Consequentemente, o erro passou a ser visto em uma visão sistemática, em que o profissional é parte de um todo e o erro é apenas consequência de uma falha de processo.¹⁶⁻¹⁸ Portanto, essa ferramenta torna-se essencial para gerar ações direcionadas ao melhor cuidado e à segurança do paciente.

Ressalta-se que, nos depoimentos dos entrevistados da Unidade B, é reforçada a dificuldade de se aplicar e discutir os impressos referentes à gestão de risco, especialmente porque as discussões com relação às condições clínicas se sobrepõem às discussões das estratégias de prevenção,

qualidade do cuidado e eliminação dos erros.

A gente discute os eventos adversos na hora da passagem de plantão [...] é uma ferramenta que a gente tem dificuldade de aplicar, porque a gente tem que verificar o evento adverso, e a proposta era que na reunião clínica, com a equipe interdisciplinar, a gente identificasse a causa raiz e fizesse as intervenções para o evento. Mas como são muitos meninos e a reunião já é muito extensa tratando só das coisas clínicas, a gente está tendo dificuldade em fazer isso funcionar. É um impresso. Como se chama mesmo? Esqueci o nome. (EB1)

Esclarece-se, por meio das falas dos sujeitos, que, embora considerem importante, na prática, a gestão de risco, ela não foi legitimada no cotidiano de trabalho da equipe e na prática assistencial, culminando em lacunas no processo. Há dificuldades de se lembrar do nome do impresso direcionado às questões da qualidade, reforçando o desentendimento da gestão de risco como uma ferramenta de melhor desempenho dos processos de trabalho. Resta implícito o equívoco dos profissionais de saúde na concepção do que é a gestão da qualidade e o distanciamento dos conceitos de qualidade da assistência prestada ao recém-nascido crítico.

Estudos alertam para a necessidade de se criar a cultura da gestão de riscos entre os profissionais e pacientes em todas as fases do cuidado, além de propor que a equipe multiprofissional participe da comissão de monitoramento dos incidentes.^{5,16-17} Uma pesquisa americana, realizada em unidades de terapia intensiva sobre segurança do paciente, ressalta que a tecnologia ou ferramenta isolada não pode corrigir os problemas que conduzem aos erros. Precisa, sim, haver uma gestão de risco que inclua a comunicação efetiva, rastreamento, monitoramento e avaliação. Elementos estes que buscam a criação de oportunidades para a equipe e a administração de aprender com os erros, melhorar práticas existentes e criar novas estratégias para diminuir a probabilidade de eventos.¹⁹

Nessa perspectiva, é necessário despertar, nos profissionais de saúde, motivação, conhecimento, responsabilidade, comprometimento e consciência sobre a importância da prevenção de riscos, alertando-os para as fragilidades existentes nos processos de trabalhos e realçando as melhores práticas, desde os cuidados mais simples aos mais complexos para que, realmente, a excelência na prestação de serviços não fique adstrita ao rótulo, mas seja o objetivo real da equipe. Outro estudo americano, que retratou sobre indicadores de

qualidade, contribuiu problematizando a necessidade de buscar estratégias inovadoras para garantir aos profissionais e estudantes que desenvolvam suas habilidades, conhecimentos, atitudes que lhe permitam gerir, com segurança e eficácia, a assistência ao paciente.²⁰

No que concerne aos discursos dos profissionais da Unidade A, a ferramenta de gestão de risco foi pouco mencionada e, quando citada, apareceu apenas nos discursos das lideranças setoriais. Tal situação pode ser justificada devido à centralização de funções em determinadas pessoas, o que acarreta pouco envolvimento dos liderados em relação ao uso das ferramentas de gestão da qualidade. Como instrumento de auxílio à gestão de risco, os profissionais desta unidade apresentaram o plano de cuidados para o paciente como uma iniciativa de trabalho multidisciplinar e de sistematização da assistência de enfermagem.

O plano tem que ser feito pela manhã. Quando está tumultuado, vai passando até chegar em mim, que sou acadêmica da noite. As próprias técnicas vão pedindo para a gente fazer, porque elas têm que assinar. (EA 3)

A gente tem que ler o plano de cuidado devagar, porque, às vezes, têm erros nesse plano ou, às vezes, faz ele primeiro, copia o resto e não tem nada a ver com o paciente no decorrer da evolução dele. No final, o plano de cuidado fica desnecessário. (EA6)

A leitura dos depoimentos revela que o plano de cuidados, embora tenha sido identificado como uma ferramenta para o gerenciamento de risco, na prática, sua ineficiência é evidenciada por não apresentar o diálogo entre as diversas categorias de profissionais da saúde sobre as reais necessidades de cada paciente e sua evolução. Além disso, foi possível inferir, por meio do depoimento de EA6, a realização de uma prática assistencial mecanizada, generalizada e sem reflexão destinada ao paciente. É possível que problemas na comunicação entre profissionais reflitam em um forte impacto no processo de trabalho, implicando uma maior probabilidade de erros, o que conduz a um pensamento crítico que confirme a relação de uma prática clínica segura a uma comunicação efetiva.²¹

Outra ferramenta presente nos discursos dos sujeitos desta pesquisa, em ambas as unidades, foi o acompanhamento efetivo dos indicadores para o monitoramento da qualidade do serviço em saúde.

Coletamos os dados. Isso é medido mensalmente, para ver se alcançou a meta ou não, o que tem que fazer em termos de plano de ação para isso ser melhorado e

conseguir a excelência. (EB7)

A compreensão de indicadores pode ser entendida como as características mensuráveis de produtos, serviços, processos e operações utilizadas pelo hospital para avaliar e melhorar o seu desempenho, progresso e melhoria da assistência.^{5,9} Os profissionais pesquisados demonstraram a importância dos indicadores como ferramentas para monitorar a eficiência do sistema de controle, enquanto os resultados servirão de base para implementação de medidas corretivas e avanço contínuo da qualidade. Destaca-se a excelência dos indicadores quando estes são monitorados continuamente, incluindo monitoramento de tendências e detecção de desvios. Alguns autores confirmam que os indicadores permitem comparação das instituições no que se refere à performance dos mesmos, ao passo que os usuários do serviço, por outro lado, têm a oportunidade de escolher entre os vários prestadores de serviços.⁸⁻¹⁰

Os indicadores podem também fornecer *insights* relevantes para o fluxo de trabalho e potenciais desafios, além de alertar para um maior sentido de responsabilidade da equipe, que é positivamente relacionada com o sucesso da prática.^{8,15} Dessa maneira, os indicadores que monitoram a qualidade em saúde têm sido cada vez mais exigidos pelas instituições e pelos profissionais da área para o processo de decisão baseado em evidências. Ressalta-se que os indicadores não proporcionam respostas definitivas, mas indicam potenciais problemas ou boas práticas do cuidado.

Sob essa ótica, os profissionais de saúde relataram que, para atingir excelência assistencial, é necessária a identificação constante de fatores intervenientes no processo de trabalho:

É muito importante que na hora da discussão diária dos casos com a equipe multiprofissional que a gente estabeleça que o evento foi aquele, qual foi a causa raiz, o que pode ser feito para evitá-lo, se tem um plano de ação. (EB 15)

Para os sujeitos, há a necessidade de se compreender as causas e os efeitos de fatores que intervêm no processo de trabalho. O depoimento acima expressa também a importância da discussão clínica da equipe multiprofissional em relação à identificação do problema, da causa e do plano de ação, elementos constitutivos da ferramenta reconhecida como “espinha de peixe”, que pode ser utilizada em busca da melhoria assistencial, porém, nota-se que o reconhecimento desses elementos se limita ao prescrito, pois o depoimento demonstra a

ausência desta ação no cotidiano do serviço. Dessa maneira, percebe-se um distanciamento entre a teoria e a prática, deixando implícito que os sujeitos não se apropriam da estrutura que foi estabelecida. Destaca-se um estudo realizado no Chile cujo resultado aponta que uma assistência com menos erros poderá ser alcançada por meio de mudanças no modo de organização do processo trabalho com cumprimento daquilo que está prescrito nas normas e rotinas institucionais, experiência e participação mais efetiva dos profissionais de saúde nas atividades do cuidado.²²⁻³

Nessa perspectiva, os profissionais das Unidades A e B sinalizaram que o acompanhamento dos indicadores e a realização do plano de ação e do ciclo PDCA estão, quase sempre, sob a responsabilidade das coordenações de equipe. Apenas posteriormente os dados obtidos são repassados para os funcionários, por meio do quadro de gestão à vista, o qual tem por objetivo disponibilizar as informações necessárias de uma forma simples e de fácil assimilação, para um maior número de pessoas simultaneamente, em uma determinada área.

A gente tem um quadro de gestão à vista com os indicadores, que a gente fica sabendo como está. (EB17)

A coordenadora tem uma planilha com todos indicadores e aí ela coloca se alcançou ou não a meta. [...] Aí, ela monta o plano de ação e aí, sim, a gente entra para cumprir esse plano para tentar melhorar esse indicador. (EB3)

Os depoimentos deixam transparecer que o uso das ferramentas PDCA, espinha de peixe, avaliação dos indicadores de processo e resultado está vinculado ao cargo de gerência ou limitado à liderança, vez que deveria integrar o cotidiano dos colaboradores, com vista a subsidiar suas atividades em prol do comprometimento com a melhoria contínua dos resultados. No depoimento EB17 fica evidente que o funcionário tem conhecimento dos indicadores apenas quando visualiza o quadro de gestão à vista, quando o mesmo já se encontra pronto e fixado, não dando oportunidade para que a equipe reflita ou discuta sobre ele. Em relação ao depoimento de EB3, a situação levanta ponderações, pois os entrevistados revelam que a coordenadora é a pessoa que tem a posse dos indicadores, que monta e avalia e quem dá a merecida importância a esses dados. Nesse contexto, surge o questionamento sobre por que não é discutida a importância dessa ferramenta para o restante da equipe e como lidar com essas informações. O certo é que os indicadores são frutos do trabalho da equipe multiprofissional

e não apenas da coordenação. Ressalta-se que o sucesso da utilização das ferramentas é vinculado à participação de todos os sujeitos envolvidos na prática em saúde e não apenas de líderes.^{8,15}

Em se tratando da complexidade dos cuidados de saúde, o envolvimento das equipes multidisciplinares é essencial durante todo o processo de implementação de iniciativas de mudanças e avaliação do processo de trabalho, a fim de melhorar a qualidade do atendimento.^{5-6,8} Estudo que abordou a evolução dos fatores intervenientes na segurança do paciente, com foco na equipe, apontou que um bom desempenho multiprofissional pode ser determinante na execução do processo de trabalho e na busca da organização do trabalho com o mínimo de erros.²⁴

Uma vez que os indicadores e informações estão centralizados nos espaços de gestão, nota-se, também, que a equipe operacional realiza, na prática, intervenções planejadas pelos coordenadores, o que demonstra a ausência da participação da classe executora no processo de planejamento e de tomada de decisões. Dessa forma, ocorre um distanciamento daquele sujeito que avalia e propõe as ações em relação àquele que implementa os planos de ação, podendo culminar no fracasso da intervenção, em consequência da não adesão à proposta idealizada pela coordenação. Nesse contexto, os discursos das organizações propõem “uma nova divisão entre aqueles que falam e aqueles que ouvem”, uma espécie de redimensionamento do princípio taylorista da especialização funcional, em que alguns executam (os trabalhadores) e os outros planejam (gestores).

Em estudos internacionais, que abordam a mesma temática, foi percebida uma lacuna entre teoria e prática na utilização de indicadores de qualidade pelo pessoal da linha de frente nos hospitais. Os resultados mostraram que os líderes ou especialistas são mais envolvidos com os indicadores quando comparados com os profissionais da assistência direta. Ademais, foi observado que o envolvimento e a participação dos funcionários estão associados ao sucesso das iniciativas de melhoria da qualidade e melhores valores dos indicadores.^{8,18} No cenário da Unidade A, foi possível perceber profissionais desinformados a respeito do local em que se encontrava o quadro de indicadores, situação que expressa claramente o distanciamento destes com as tomadas de decisões no setor:

Eu tenho muitos indicadores. Onde está ficando meu quadro de indicador? Boa

pergunta. Acho que está na secretaria. Mas a secretaria está fechada. (EA1)

No depoimento EA1, denota-se que os profissionais parecem ignorar e desprezar o instrumento de gestão, reconhecendo que o instrumento não é prioridade em função de outros fatos ou acontecimentos. Além disso, infere-se que a ferramenta de gestão à vista pode ser de difícil assimilação por parte dos profissionais que não participaram da sua elaboração. Portanto, a visualização simplesmente não é suficiente para que haja assimilação e, em consequência, para destinar a devida importância. Nesse sentido, pressupõe-se que a maneira pela qual os profissionais vivenciam o processo de acreditação (e, neste caso específico, como eles utilizam as ferramentas de gestão da qualidade no cotidiano de trabalho) influencia na ruptura de uma cultura organizacional, resultando ou não em uma assistência com qualidade e excelência e na segurança do paciente.

CONCLUSÃO

A partir da análise discursiva dos profissionais em ambos os cenários, concluiu-se que os entrevistados têm conhecimento da existência das ferramentas de gestão da qualidade, porém, não reconhecem a sua devida importância e apresentam dificuldade em aplicá-las na prática. Fato este que não difere da realidade de países desenvolvidos.

Por meio deste estudo, fica evidente que não existe uma “receita de bolo” para que os profissionais de saúde utilizem as ferramentas de gestão da qualidade. Não se pode garantir que uma ferramenta milagrosa conferirá sucesso ao processo de qualidade e segurança do paciente. O importante é considerar os pontos relevantes e escolher o caminho que mais se assemelhe à realidade da instituição, utilizando-se de ferramentas que realmente agreguem valor ao desempenho dos profissionais de saúde e ao objetivo proposto. Sugere-se que a auditoria e *feedback*, com base em dados dos indicadores, pode ser eficaz na mudança de cuidados de saúde e da prática profissional.

Ressalta-se, também, que toda a equipe multiprofissional precisa se sentir protagonista e corresponsável diante da apropriação e utilização das ferramentas de gestão no processo de qualidade. Sem a utilização efetiva das ferramentas por parte dos profissionais, é provável que o processo de trabalho fique frágil no ponto de vista estrutural, organizacional e avaliativo, comprometendo a melhoria contínua e a segurança do paciente. Assim, recomenda-se que este gerenciamento, com auxílio das

ferramentas, seja realizado por uma comissão multidisciplinar que sistematize processos que identifiquem todas as oportunidades e ameaças e que tire proveito das incertezas e variabilidades como aprendizados.

As ferramentas são instrumentos importantes e pertinentes no processo de trabalho para o alcance da melhoria contínua, quando bem utilizadas. Caso contrário, seria apenas mais um instrumento dispensável no cotidiano da equipe multiprofissional, sem efeito algum. Isto é, a qualidade e segurança do paciente devem ser prioridades na assistência ao neonato em unidade de terapia intensiva e não um marketing da saúde.

A limitação do estudo foi a incorporação de metodologias quantitativas que possam mensurar o uso das ferramentas de gestão, em busca da segurança, pela equipe multiprofissional. Porém, reconheceu que existia escassez de estudos que explorem os aspectos subjetivos dos sujeitos, sendo este o foco dado neste escrito. Dessa forma, novos estudos são necessários a fim de aprimorar o conhecimento e uso de ferramentas de gestão da qualidade, pelos profissionais de saúde, com foco na segurança do paciente neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Anunciação AL, Zoboli E. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2008 June [cited 2015 Oct 25];54(6):522-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n6/v54n6a17.pdf>
2. Forgia GML, Couttolenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. Singular [Internet]. 2009 [cited 2016 Jan 07]:33. Available from: http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/62_Desempenho%20Hospitalar.pdf
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. National Academy Press [Internet]. 2000 [cited 2015 Nov 13]:267. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225174/#ddd00024>
4. Pertence PP, Melleiro MM. The implementation of a quality management tool at a university hospital. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 Dec [cited 2016 Jan 12];44(4):1024-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/24.pdf>
5. Souza, P (org). Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD; 2014.
6. Viana FM, Sette RS, Rezende DC, Botelho D, Poles K. Processo de acreditação: uma análise de organizações hospitalares. RAHIS [Internet]. 2011 June [cited 2016 Jan 12];(6):35-45.

Available from:
http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/delane_-_processo.pdf

7. Portaria nº529, de 1º de abril de 2013 (BR). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]. 2013 Apr [cited 2015 June 2]. Available from:
file:///C:/Users/fredbruzcarv/Downloads/portaria_529.pdf

8. Hashjin, AA, Ravaghi H, Kringos D, Ogbu UC, Fischer C, Azami SR, et al. Using quality measures for quality improvement: the Perspective of Hospital Staff. PLoS ONE [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Jan 07];9(1):e-86014. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900447/>

9. Sharek P, Horbar J, Mason W, Bisarrrya H, Thurm CW, Suresh G et al. Adverse events in the neonatal intensive care unit: development, testing, and findings of an NICU-focused trigger tool to identify harm in North American NICUs. Pediatrics [Internet]. 2006 Oct [cited 2015 Dec 12];118(4):1332-40. Available from:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/118/4/1332>

10. Vuk T. Quality indicators: a tool for quality monitoring and improvement. ISBT Science Series [Internet]. 2012 June [cited 2015 Dec 12];7:24-8. Available from:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-2824.2012.01584.x/pdf>

11. Rocha D, Deusdará B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. Alea [Internet]. 2005 Dec [cited 2015 Dec 12];7(2):305-22. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/alea/v7n2/a10v7n2.pdf>

12. Minayo MCS (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29th ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.

13. Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

14. Hardy C. Researching organization discourse. Int Studies Manag Organ. 2001 Sept;3(3):25-47.

15. Branco Filho JRC. Construindo um modelo de segurança do paciente. Prática Hospitalar [Internet]. 2011 Apr [cited 2015 Dec 12];74:8-9. Available from:
<http://www.officeeditora.com.br/private/PH/p74/pdf/008-9.pdf>

16. Hinrichsen SM, Oliveira CLF, Campos M, Possas P, Sabino G, Santos TA. Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente. RAHIS [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Jan 12];(7):1-15. Available from:
www.revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/download/1400/957

17. Carreira ML, Mariano AF, Sartori AC. Aplicação de ferramentas de gestão de processos das organizações que aprendem. R. C.

Gerenc [Internet]. 2009 [cited 2015 Dec 12];17(8):83-95. Available from:
www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/rcger/article/download/2629/2501

18. Delnoij DM, Westert G. Assessing the validity of quality indicators: keep the context mind. Eur J Public Health [Internet]. 2012 July [cited 2016 Jan 12];22:452-53. Available from:
<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/22/4/452>

19. Samra HA, McGrath JM, Rollins W. Patient safety in the NICU: a comprehensive. J Perinat Neonatal Nurs. 2011; 25(2):123-32.

20. Debough DA. Synergy for patient safety and quality: academic and service partnerships to promote effective nurse education and clinical practice. J Prof Nurs [Internet]. 2012 Feb [cited 2015 Nov 12];(28):48-61. Available from:
[http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223\(11\)00078-0/fulltext](http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223(11)00078-0/fulltext)

21. Bohomol E, Tartali JA. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professional. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 15];26(4):376-81. Available from:
http://www.scielo.br/pdf/apv/v26n4/en_v26n4a12.pdf

22. Toffoletto MC, Ruiz XR. Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 14];47(5):1098-105. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1098.pdf>

23. Brum AKR, Nunes PSR, Fernandes MST, Lima BB, Luiz IC. Safe care: a theoretical reflection applied to practice. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 Apr [cited 2016 Jan 12];9(Supl. 3):7741-5. Available from:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7312/pdf_7739

24. Oliveira RM, Leitão IMA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LM et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [cited 2015 May 30];49(1):104-113. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0104.pdf>

Submissão: 07/04/2016

Aceito: 10/06/2016

Publicado: 01/11/2016

Correspondência

Fernanda Cristina Custodia de Faria Fioreti
 Rua Nancy de Vasconcelos, 48, Ap. 801
 CEP 31030-072 – Belo Horizonte (MG), Brasil