



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

CINTIA KOERICH

SIGNIFICANDO A COMPLEXIDADE DAS INTERAÇÕES
PROFISSIONAIS NA GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE, SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE EM HOSPITAIS
PÚBLICOS

FLORIANÓPOLIS (SC)
2019

CINTIA KOERICH

SIGNIFICANDO A COMPLEXIDADE DAS INTERAÇÕES
PROFISSIONAIS NA GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE, SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE EM HOSPITAIS
PÚBLICOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina na Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem, linha de Pesquisa: Tecnologias e Gestão em Educação, Saúde e Enfermagem como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dr.^a Alacoque Lorenzini Erdmann

Coorientadora: Profa. Dr.^a Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

FLORIANÓPOLIS (SC)
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

koerich, cintia
Significando a complexidade das interações
profissionais na gestão da Educação Permanente em
Saúde, segurança do paciente e qualidade em
hospitais públicos / cintia koerich ; orientador,
Alacoque Lorenzini Erdmann, coorientador, Gabriela
Marcellino de Melo Lanzoni , 2019.
268 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Teoria Fundamentada. 3.
Educação Continuada. 4. Segurança do Paciente. 5.
Gestão da Qualidade. I. Lorenzini Erdmann,
Alacoque. II. , Gabriela Marcellino de Melo
Lanzoni. III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
IV. Título.

CINTIA KOERICH

**SIGNIFICANDO A COMPLEXIDADE DAS INTERAÇÕES PROFISSIONAIS NA
GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, SEGURANÇA DO
PACIENTE E QUALIDADE EM HOSPITAIS PÚBLICOS**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora
composta pelos seguintes membros:

Andreia Maria Berto, Dr.^a
Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina

Prof^ª Ana Lúcia Shaefer Ferreira de Mello, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª Bruna Pedroso Canever, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para obtenção do título de doutor em Enfermagem.

Prof^ª Dr.^a Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PEN/UFSC

Prof^ª Dr.^a Alacoque Lorenzini Erdmann
Orientadora

Florianópolis, 27 de junho de 2019

*A Pietro, razão do meu querer, do meu ser, do
meu viver.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, porque sem fé não há sentido...

À Alacoque Lorenzini Erdmann, por aceitar orientar-me, fazer-me acreditar, e por ser em si um exemplo motivador.

À Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, pelo acolhimento, respeito e orientação. Obrigada pela confiança e pela amizade.

Ao Fernando por incentivar-me e aturar-me. Amo-te.

À Claudia pela parceria de sempre.

Ao Matheus, pela ajuda na construção da parte gráfica deste trabalho.

À Zenita, por estar sempre presente em todos os momentos.

À Laura por torcer e rezar por mim.

À Mariana pela parceria na revisão ortográfica e gramatical.

A todos os professores da Universidade Federal de Santa Catarina. Todos, sem exceção, contribuíram para meu crescimento intelectual e foram inspiração para a conclusão deste trabalho.

Aos colegas de turma, pelas incessantes trocas de saberes.

Aos membros do GEPADES, em especial a Gabriela, Giovana, Maria, Aline, José, Selma, Carolina e Kamylla, com quem tive o prazer de conviver e aprender.

Aos colegas de trabalho da Secretaria do Estado da Administração, em especial a Renata, Luciana e Paulo Cesar. Obrigada por FUDC!

Aos participantes deste estudo e a todos os enfermeiros que atuam nos hospitais do estado de Santa Catarina, que fazem dos desafios diários degraus para seu crescimento profissional, sempre em busca de seu melhor. Vocês fazem a diferença na vida das pessoas!

Especialmente aos membros da banca pelas valiosas contribuições neste trabalho.

“É que nos instalamos de maneira segura em nossas teorias e ideias e estas não têm estruturas para acolher o novo. Entretanto, o novo brota sem parar. Não podemos jamais prever como se apresentará, mas deve-se esperar sua chegada, ou seja, esperar o inesperado. E quando o inesperado se manifesta, é preciso ser capaz de rever nossas teorias e ideias, ao invés de deixar o fato novo entrar à força na teoria incapaz de recebê-lo.”

Edgar Morin

KOERICH, Cintia. **Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos**. 2019. 268 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

RESUMO

A instituição hospitalar vem exigindo limites menos rígidos entre os diversos serviços na estrutura organizacional de forma a atender aos interesses globais da instituição e oportunizar um ambiente de contínua negociação. Sendo assim, o estudo buscou responder como acontece a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado e qual o significado dessa interação para os profissionais envolvidos. Objetivou compreender como acontece a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado a partir do significado atribuído pelos profissionais envolvidos. Parte-se da tese que os serviços que compõem a estrutura organizacional hospitalar, quando complementares e interdependentes, configuram uma única instância com potencialidade para interação profissional na gestão da EPS de forma a proporcionar um cuidado de enfermagem seguro e qualificado. Utilizou como referencial teórico a Teoria da Complexidade proposta por Edgar Morin e como referencial metodológico a vertente estruturalista da Teoria Fundamentada nos Dados. Participaram do estudo 27 profissionais, entre enfermeiros assistenciais, e profissionais do grupo gestor, dentre eles, coordenadores e gestores, os quais foram organizados em quatro grupos amostrais. As entrevistas ocorreram entre os meses de junho e dezembro de 2018 e iniciaram com uma questão norteadora. A pesquisa obedeceu à Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O processo de codificação aberta, axial e de integração foi realizado durante a coleta e análise dos dados, que ocorreu de forma concomitante e comparativa. Elaborou-se o paradigma com seus componentes (condição, ação-interação e consequência), categorias, subcategorias e categoria central, que representaram o fenômeno do estudo “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos” e apresentaram a teoria substantiva. Esta foi apresentada no manuscrito “Gestão da tríade Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos”, o qual destacou as particularidades do sistema público de saúde, a influência do apoio do gestor e da prioridade de gestão, da disposição da estrutura organizacional, da cultura institucional, dos estímulos externos à instituição e, da iniciativa e liderança do enfermeiro na interação profissional para a gestão da tríade Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade, revelando a necessidade de uma mudança cultural por meio da interdisciplinaridade. Diante da necessidade de discutir com maior ênfase os significados das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade diante da relevância dessa perspectiva, o manuscrito “Significados da interação profissional na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade” evidenciou a mobilização dos profissionais para a gestão da tríade Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade, sendo esta potencializada pela aproximação física, sensibilização, participação, comprometimento, responsabilização, motivação, liderança, autonomia, gestão compartilhada, comunicação efetiva, empatia, objetivos em comum e foco no paciente. Ademais, destacou a busca pela interdisciplinaridade, apresentando limitações, como a cultura institucional e a formação profissional; e estratégias, como espaços

colegiados, envolvimento e cobrança do gestor, estímulos externos, além da participação de todos os atores na construção do planejamento e padronização e de instrumentos direcionados à atuação interdisciplinar. Diante dos resultados ampliou-se a concepção da tese com a seguinte estrutura: serviços que compõem a estrutura organizacional hospitalar, quando complementares e interdependentes, configuram uma instância com potencialidade para interação profissional na gestão da tríade EPS, segurança do paciente e qualidade, de forma a contribuir para o cuidado multiprofissional e interdisciplinar ao paciente. Ressalta-se a importância do ser humano e das relações interpessoais para a efetivação de processos de mudança nas instituições hospitalares, assim como a necessidade de novos modelos de gestão com ênfase em uma gestão mais participativa, que estimule a integração dos serviços e tenha por base a interação dos profissionais de forma horizontal e democrática, contribuindo desta forma para melhorar os processos de cuidado nas instituições hospitalares, com repercussões na rede de atenção à saúde.

Descritores: Teoria Fundamentada; Educação Continuada; Segurança do Paciente; Gestão da Qualidade.

KOERICH, Cintia. **Understanding the complexity of professional interactions in the management of Continuing Health Education, patient safety and quality in public hospitals**. 2019. 268 pp. Thesis (Doctorate in Nursing). Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

ABSTRACT

The hospital institution has required less severe restrictions among the various services in the organizational structure in order to meet the overall interests of the institution and provide an environment of continuous negotiation. Accordingly, the study sought to show the way in which the professional interaction occurs in the hospital organizational structure for the management of CHE in order to ensure a safe and qualified nursing care as well as the meaning of this interaction for the professionals involved. This study aimed to understand how professional interaction occurs in the hospital organizational structure for the management of CHE in order to ensure a safe and qualified nursing care based on the meaning attributed by the professionals involved. It starts from the thesis that the services that compose the hospital organizational structure, when complementary and interdependent, configure a particular instance with potential for professional interaction in the management of CHE, in such a way as to provide a safe and qualified nursing care. It used as theoretical framework the structuralist branch of the Complexity Theory proposed by Edgar Morin and as a methodological framework the Grounded Theory. The study was attended by 27 professionals, including health care nurses, and professionals from the managerial group, among which coordinators and managers, who were organized into four sampling groups. The interviews took place between the months of June and December 2018 and started with a guiding question. The research complied with Resolution n°. 466/2012 of the National Health Council of the Ministry of Health. The process of open and axial coding and integration was held during the collection and analysis of data, which took place in a concomitant and comparative way. The paradigm was designed with its components (condition, action-interaction and consequence), categories, subcategories and core category, which represented the phenomenon of the study “Understanding the complexity of professional interactions in the management of Continuing Health Education, patient safety and quality in public hospitals” and introduced the substantive theory. This was introduced in the manuscript named “Management of the Continuing Health Education, patient safety and quality triad in public hospitals”, which highlighted the particularities of the public health system, the influence of managerial support and managerial priority, the organizational structure arrangement, the institutional culture, the stimuli external to the institution and the initiative and leadership of the nurse in the professional interaction for the management of the Continuing Health Education, patient safety and quality triad, revealing the need for a cultural change through interdisciplinarity. Given the need to discuss with a greater emphasis the meanings of professional interactions in the management of the Continuing Health Education, patient safety and quality in the face of the relevance of this perspective, the manuscript named “Meanings of professional interaction in the management of Continuing Health Education, patient safety and quality” highlighted the mobilization of professionals for the management of the Continuing Health Education, patient safety and quality triad, which is

strengthened by physical approach, awareness-raising, participation, commitment, responsibility, motivation, leadership, autonomy, shared management, effective communication, empathy, common goals and patient focus. Moreover, it highlighted the search for interdisciplinarity, showing limitations, such as institutional culture and professional training; and strategies, such as collegiate spaces, managerial involvement and collection, external stimuli, besides the participation of all actors in the design of planning and standardization and of instruments targeted at interdisciplinary action. Given the results obtained, the conception of the thesis was expanded with the following structure: services that compose the hospital organizational structure, when complementary and interdependent, configure an instance for professional interaction in the management of the CHE, patient safety and quality triad, in such a way as to contribute to offering a multidisciplinary and interdisciplinary care for the patient. It should be emphasized the importance of the human being and interpersonal relationships for the consolidation of change processes in hospital institutions, as well as the need for new management models with an emphasis on a more participative management, which should stimulate the integration of services and be based on the interaction of professionals in a horizontal and democratic way, thereby contributing towards the improvement of care processes in hospital institutions, with reverberations on the health care network.

Descriptors: Grounded Theory; Education, Continuing; Patient Safety; Quality Management.

KOERICH, Cintia. **Significando la complejidad de las interacciones profesionales en la gestión de la Educación Continua en Salud, seguridad del paciente y calidad en hospitales públicos.** 2019. 268 h. Tesis (Doctorado en Enfermería). Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

RESUMEN

La institución hospitalaria ha exigido restricciones menos severas entre los diversos servicios en la estructura organizacional para atender a los intereses globales de la institución y posibilitar un entorno de continua negociación. Así, el estudio buscó responder como se produce la interacción profesional en la estructura organizacional hospitalaria para la gestión de la EPS con el fin de garantizar una atención de enfermería segura y calificada y aclarar el significado de esta interacción para los profesionales involucrados. Se pretendió comprender como se produce la interacción profesional en la estructura organizacional hospitalaria para la gestión de la EPS con el fin de garantizar una atención de enfermería segura y calificada basada en el significado asignado por los profesionales involucrados. Se parte de la tesis de que los servicios que componen la estructura organizacional hospitalaria, cuando son complementarios e interdependientes, configuran una instancia única con potencial para la interacción profesional en la gestión de la EPS con miras a proporcionar una atención de enfermería segura y calificada. Utilizó como marco teórico la Teoría de la Complejidad propuesta por Edgar Morin y como marco metodológico el aspecto estructuralista de la Teoría Fundamentada en Datos. Participaron del estudio 27 profesionales, entre enfermeros asistenciales, y profesionales del grupo de gestión, incluyendo coordinadores y gestores, los cuales se organizaron en cuatro grupos de muestreo. Las encuestas tuvieron lugar entre los meses de junio y diciembre de 2018 y empezaron con una cuestión orientadora. La investigación obedeció a la Resolución n.º 466/2012 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud. El proceso de codificación abierta, axial y de integración se desarrolló durante la recolección y análisis de los datos, que tuvo lugar de forma simultánea y comparativa. Se elaboró el paradigma con sus componentes (condición, acción-interacción y consecuencia), categorías, subcategorías y categoría central, que representaron el fenómeno del estudio “Significando la complejidad de las interacciones profesionales en la gestión de la Educación Continua en Salud, seguridad del paciente y calidad en los hospitales públicos” y presentaron la teoría sustantiva. Esta se presentó en el manuscrito “Gestión de la tríada Educación Continua en Salud, seguridad del paciente y calidad en hospitales públicos”, el cual subrayó las particularidades del sistema público de salud, la influencia del apoyo del gestor y de la prioridad de gestión, la disposición de la estructura organizacional, la cultura institucional, los estímulos externos a la institución y la iniciativa y liderazgo del enfermero en la interacción profesional para la gestión de la tríada Educación Continua en Salud, seguridad del paciente y calidad, revelando la necesidad de un cambio cultural mediante la interdisciplinariedad. En vista de la necesidad de discutir con mayor énfasis los significados de las interacciones profesionales en la gestión de la Educación Continua en Salud, seguridad del paciente y calidad ante la relevancia de esa perspectiva, el manuscrito “Significados de la interacción profesional en la gestión de la Educación Continua en Salud, seguridad del

paciente y calidad” señaló la movilización de los profesionales para la gestión de la tríada Educación Continua en Salud, seguridad del paciente y calidad, la cual es potenciada por la aproximación física, sensibilización, participación, compromiso, responsabilización, motivación, liderazgo, autonomía, gestión compartida, comunicación efectiva, empatía, objetivos en común y enfoque en el paciente. Asimismo, hizo hincapié en la búsqueda por la interdisciplinariedad, presentando limitaciones, como la cultura institucional y la formación profesional; y estrategias, como espacios colegiados, implicación y cobranza del gestor, estímulos externos, además de la participación de todos los actores en la construcción de la planificación y de la estandarización y de instrumentos dirigidos a la actuación interdisciplinaria. Ante los resultados, se alargó la concepción de la tesis con la siguiente estructura: servicios que componen la estructura organizacional hospitalaria, cuando son complementarios e interdependientes, configuran una instancia con potencial para la interacción profesional en la gestión de la tríada EPS, seguridad del paciente y calidad, con miras a contribuir a ofrecer una atención de enfermería multidisciplinaria e interdisciplinaria al paciente. Se resalta la importancia de la criatura humana y de las relaciones interpersonales para la concreción de procesos de cambio en las instituciones hospitalarias, así como la necesidad de nuevos modelos de gestión con énfasis en una gestión más participativa, que estimule la integración de los servicios y tenga como fundamento la interacción de los profesionales de forma horizontal y democrática, contribuyendo de esta forma a mejorar los procesos de atención en las instituciones hospitalarias, con implicaciones en la red de atención sanitaria.

Descriptores: Teoría Fundamentada; Educación Continua; Seguridad del Paciente; Gestión de la Calidad.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção e exclusão dos estudos no período entre os anos de 2011 e 2017.....	51
Figura 2 – Representação gráfica da amostragem teórica.....	78
Figura 3 – Representação do processo analítico na vertente estruturalista da TFD.....	83
Figura 4 – Memorando ‘Do lado de cá, do lado de lá’	87
Figura 5 – Memorando ‘O discurso e a prática’	87
Figura 6 – Diagrama ‘Do lado de cá, do lado de lá’	88
Figura 7 – Diagrama ‘O discurso e a prática’	88
Figura 8 – Exemplo de organização dos dados da pesquisa no <i>software</i> NVIVO® 12	89
Figura 9 – Exemplo de organização dos dados da pesquisa no <i>software</i> NVIVO® 12	89
Figura 10 – Diagrama integrativo do fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos”.	92
Figura 11 – Diagrama representativo do componente Condição	95
Figura 12 – Diagrama representativo do componente Ação-interação.....	111
Figura 13 – Diagrama representativo do componente Consequência.....	134
Figura 14 – Diagrama integrativo do fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos”.	146
Figura 15 – Diagrama integrativo do fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos”.	155

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Produção científica segundo base de dados, periódico de publicação, título, autores e ano de publicação e local de realização do estudo.....	52
Quadro 2 – Caracterização das instituições participantes do estudo	76
Quadro 3 – Apresentação dos grupos amostrais	80
Quadro 4 – Exemplo de codificação aberta	83
Quadro 5 – Exemplo de codificação axial	84
Quadro 6 – Exemplo da etapa de Integração	85
Quadro 7 – Organização da Teoria substantiva por meio do paradigma.....	90
Quadro 8 – Apresentação Amostragem teórica.....	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
DEPS	Diretoria de Educação Permanente em Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
ISSO	<i>International Organization for Standardization</i>
JBI	Instituto Joanna Briggs
MBAH	Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Técnica Brasileira
NE	Núcleo de Epidemiologia
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NH	Núcleo de Humanização
NOB	Norma Operacional Básica
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações para Vigilância Sanitária
NQ	Núcleo de Qualidade

NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACES	<i>Practical Application of Clinical Evidence System</i>
PAREPS	Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde
PEPS	Polo de Educação Permanente em Saúde
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PMC	<i>PubMed Central</i>
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
POP	Procedimento Operacional Padrão
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PROEPS-SUS	Programa para Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em saúde no Sistema Único de Saúde
QUALISUS-REDE	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SES	Secretaria do Estado da Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WOS	<i>Web of Science</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	BASE TEÓRICA.....	26
2.1	A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR.....	26
2.2	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUA INTERFACE COM A SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE	34
2.3	ENFERMEIRO GESTOR DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	45
2.3.1	Manuscrito 1 - Recursos e Competências para Gestão de Práticas Educativas por Enfermeiros: Revisão Integrativa.....	49
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	66
3.1	TEORIA DA COMPLEXIDADE POR EDGAR MORIN	66
3.1.1	Os princípios da Teoria da Complexidade	67
3.1.2	Os saberes necessários à educação.....	70
4	MÉTODO	74
4.1	TIPO DE ESTUDO	74
4.2	LOCAL DO ESTUDO	76
4.3	AMOSTRAGEM TEÓRICA.....	77
4.3.1	Participantes do estudo	79
4.3.2	Coleta e análise de dados.....	80
4.4	VALIDAÇÃO DA TEORIA	93
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	94
5	RESULTADOS.....	95
5.1	COMPONENTE CONDIÇÃO	95
5.2	COMPONENTE AÇÃO-INTERAÇÃO	110
5.3	COMPONENTE CONSEQUÊNCIA.....	133
5.4	CATEGORIA CENTRAL.....	145

6	MANUSCRITO 2. INTERAÇÃO PROFISSIONAL NA GESTÃO DA TRÍADE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE	150
7	MANUSCRITO 3. SIGNIFICADOS DA INTERAÇÃO PROFISSIONAL NA GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE	199
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	221
	REFERÊNCIAS	225
	APÊNDICE A - Publicação manuscrito 1	249
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	251
	APÊNDICE C - Instrumento de validação da teoria substantiva	253
	ANEXO A – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas	258
	ANEXO B – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas	259
	ANEXO C – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas	260
	ANEXO D – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas	261
	ANEXO E – Parecer circunstanciado do CEP	262
	ANEXO F – Emenda Parecer Circunstanciado do CEP	266

1INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Ela é realizada no cotidiano de trabalho a partir dos problemas enfrentados nesse ambiente e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que os profissionais já possuem. Propõe, além disso, que o processo de aprendizagem dos profissionais de saúde se dê a partir da problematização da realidade laboral e que a formação considere as necessidades de saúde das pessoas e populações, objetivando a transformação tanto das práticas profissionais quanto da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída por meio da Portaria n.º 198/04 GM/MS e revista mais tarde em 2007, quando foram considerados os dispositivos apresentados no Pacto pela Saúde, no Pacto pela Vida e no de Gestão (BRASIL, 2009). Essa política pública objetiva reforçar a necessidade de mudança na formação profissional orientada pelo modelo biomédico positivista e faz uma crítica às abordagens pedagógicas focadas nos processos educativos verticalizados, bem como se propõe a romper com a lógica individual para pensar em equipe (CARDOSO *et al*, 2017).

A proposta da PNEPS prevê que toda a política de formação e desenvolvimento profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS) seja baseada no conceito de EPS e articule as necessidades com a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, com as possibilidades de desenvolvimento profissional e com a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. Assim, o conceito assumido pela PNEPS considera a EPS como aprendizagem no local de trabalho, em que o aprender e o ensinar estão incorporados no cotidiano das organizações e em que se inclui a rede de serviços oferecida pelo SUS, a fim de que se trabalhe de forma articulada. Além disso, a EPS também reconhece os contextos e histórias e assegura adequado acolhimento e responsabilização pela saúde das pessoas e população (BRASIL, 2009).

A gestão da EPS no contexto hospitalar necessita de novas configurações para conseguir atender às demandas de serviços altamente complexos e garantir, dessa forma, um cuidado seguro e qualificado aos pacientes (KOERICH; ERDMANN, 2016a). Apesar de as políticas ministeriais mostrarem a relação necessária entre EPS, segurança do paciente e qualidade para a mudança de realidade nos serviços públicos de saúde, vários estudos mostram uma forte interação dos eixos da segurança do paciente e a qualidade, porém poucos integram a EPS.

No contexto do SUS, as instituições hospitalares integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Segundo a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), as instituições hospitalares possuem densidade tecnológica específica, com caráter multiprofissional, interdisciplinar, e são responsáveis pela assistência de pacientes em condições agudas ou crônicas com possibilidade de instabilidade ou complicação da situação de saúde. Elas são responsáveis também por ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Além de prestar assistência ao paciente, constituem-se de espaços de educação, formação, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2013a).

As tecnologias na área da saúde são desenvolvidas e incorporadas de forma cada vez mais rápida nos serviços, exigindo que os profissionais de saúde - em especial, os gestores - acompanhem essa inovação. Dentre as áreas que mais contribuem para novas tecnologias de gestão em estabelecimentos de saúde está a área de segurança do paciente. Essas tecnologias, que necessitam estar articuladas a um programa de EPS, estão direcionadas aos gestores, mas também aos profissionais de saúde, chefes de serviço e comissões de qualidade (BRASIL, 2014a).

A segurança do paciente no contexto hospitalar é um tema emergente e que se discute em vários países devido aos impactos negativos relacionados à ausência dessa cultura, como mortalidade, hospitalizações prolongadas, deficiências irreversíveis e custos financeiros significativos. Nesse sentido, a educação constitui uma prática essencial na construção de uma assistência mais segura e de qualidade ao paciente (ALZHRANI; JONES; ABDEL-LATIF, 2018; RAMÍREZ *et al*, 2018; OLDS *et al*, 2017).

Quanto a isso, em 2013 o Ministério da Saúde (MS) no Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria n.º 529 MS/GM, o qual objetivou contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, com enfoque na segurança do paciente (BRASIL, 2013b). Ainda em 2013, a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) n.º 36 buscou instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, como a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do plano de segurança do paciente (BRASIL, 2013c).

Nas instituições hospitalares, os NSPs devem atuar como articuladores e incentivadores locais das demais instâncias que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementaridade e cooperação nesse âmbito (BRASIL, 2013c). Cabe ressaltar

que a gestão de risco é um critério para o credenciamento de instituições hospitalares na Rede Sentinela, o qual prevê a integração da gerência de risco com outras instâncias que lidam com risco nas instituições, tais como Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Núcleo de Epidemiologia (NE), Núcleo de qualidade (NQ), entre outros (BRASIL, 2014a).

A responsabilidade da instituição hospitalar pelo planejamento, avaliação e acompanhamento dos padrões e indicadores de qualidade da instituição conduz a um processo de avaliação interna, ou autoavaliação (SANTOS; FRANÇA, 2016). Nesse sentido, a qualidade é entendida como um processo dinâmico, ininterrupto e permanente de atividades de identificação de falhas nos procedimentos e rotinas que precisam ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos entre todos os integrantes da organização, desde os gestores até os profissionais assistenciais (NOVAES; PAGANINI, 1994).

A Acreditação hospitalar refere-se à avaliação externa de uma instituição de saúde realizada por uma entidade - geralmente não governamental - separada e independente, com o objetivo de determinar se o hospital analisado atende a uma série de padrões. Na maioria dos casos, a Acreditação é voluntária e gera um compromisso de melhoria dos processos, da qualidade, da segurança e da redução de riscos do ambiente, dos pacientes e dos profissionais envolvidos (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014). Cabe mencionar que a Acreditação, para produzir melhorias na qualidade da assistência, exige trabalho interdisciplinar e superação da atenção fragmentada (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Para tanto, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) estabelece sua metodologia de avaliação para certificação em três níveis: Acreditado; Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência (ONA I, II e III) (ONA, 2018). No Brasil, três instituições atuam como acreditadoras: a ONA, a *Joint Commission International* (JCI), representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) e a *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA), representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG). Dessa forma, mundialmente, no contexto hospitalar, a Acreditação vem apresentando benefícios importantes que alicerçam a qualidade da assistência (GABRIEL *et al*, 2018; SMITS, SUPACHUTIKUL, MATE, 2014; SHAW *et al*, 2013).

Diante do exposto, pode-se afirmar que a EPS, a segurança do paciente e a qualidade apresentam complementariedade, interdependência e precisam estar integradas e inter-relacionadas na estrutura organizacional hospitalar para a melhoria da assistência ao paciente.

A estrutura organizacional normalmente encontrada nas instituições hospitalares públicas brasileiras é composta por uma rede interna de relações entre os serviços e as

peessoas. Essa rede é resultado da hierarquia institucional (no sentido vertical) e da departamentalização dos serviços assistenciais e de apoio (no sentido horizontal), caracterizando uma organização formal (CHIAVENATO, 2014). Neste estudo, foram considerados como serviços de apoio: o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP), SCIH, NSP, NE, NQ, entre outros, os quais dentro da estrutura organizacional fazem parte da dimensão administrativa da instituição e visam dar suporte aos profissionais em relação à segurança e à qualidade no atendimento ao paciente.

Essa estruturação hierárquica, dividida em seções ou departamentos e agrupada em serviços, revela forte influência do modelo taylorista/fordista, que foi muito utilizado para a produção industrial no século XX (CHIAVENATO, 2014). A divisão parcelar do trabalho no contexto hospitalar cria um distanciamento entre assistência, gestão e entre os próprios serviços dentro da instituição (LITTIKE, SODRE, 2015). Assim, dentre as organizações de saúde, a hospitalar é reconhecida como a mais resistente a mudanças devido a pouca interação entre os profissionais, setores/departamentos, alta subordinação do paciente ao serviço e baixa governabilidade dos gestores frente às corporações (OLIVEIRA *et al*, 2017).

No cenário contemporâneo, as instituições hospitalares são consideradas organizações complexas que lidam com objetos complexos, envolvendo o processo de saúde, doença e os riscos advindos desta. Além disso, são compostas por uma grande diversidade/variabilidade tecnológica e constituídas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, etc.) que detêm autonomia exercida de forma desigual relacionada ao poder que acumulam (BRASIL, 2004).

Considerando que dentro de uma organização existem regras de funcionamento que vigoram segundo as leis sociais, isolar a organização para fins de análise sem considerar os indivíduos que a compõem favorece uma percepção limitada da complexidade das suas interações (MORIN, 2007). Essas interações são ações mútuas que transformam o comportamento ou a natureza dos elementos que estão presentes ou se influenciam (corpos, objetos ou fenômenos). Ordem, desordem e organização, são termos interdependentes, mas estão ligados pelas interações, pelas quais estabelecem relações complexas, isto é, complementares, concorrentes e antagônicas (MORIN, 2002a).

As relações no interior de uma organização são consideradas inseparáveis e interdependentes (indivíduos e meio). Dessa forma, visto que as organizações tendem a se degradar e a se degenerar como um processo natural, inerente à própria organização, a única

forma de lidar com esses processos seria por meio da atitude do conjunto da organização (indivíduos) a regenerar-se e a reorganizar-se, fazendo frente a todos os processos de desintegração (MORIN, 2007).

O enfermeiro no cenário hospitalar configura-se um ator importante no processo de transição e reestruturação dos serviços, uma vez que possui formação gerencial e está constantemente envolvido nas ações que abrangem a inclusão do paciente nos cuidados de saúde, o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, a integração da equipe multiprofissional, a humanização do cuidado, a segurança do paciente, a qualidade, entre outros.

A enfermagem caracteriza-se por um campo de conhecimento que se materializa como disciplina científica, profissão com tecnologias próprias de cuidado, potencial de inovação e que provoca impacto na atenção à população ao proporcionar melhor condição de sua saúde (ERDMANN; PAGLIUCA, 2013). A autonomia e a liderança do enfermeiro, o seu envolvimento no processo decisório, assim como a gestão participativa, são estratégias para viabilizar a implementação da EPS no cenário hospitalar, que é considerada um meio para ruptura do modelo hospitalocêntrico e médico centrado com potencial para repercutir de maneira direta na produção em saúde (LAVICH; GOMES; MELLO, 2017).

Assim, para que ocorram mudanças nas práticas de saúde, é preciso pensar em modelos de gestão e de organização do trabalho que permitam a interação entre gestores, profissionais de saúde e pacientes por meio da efetivação de espaços coletivos para discussão do processo de trabalho em saúde. Ainda, é preciso considerar a gestão compartilhada, o trabalho em equipe interdisciplinar, o compartilhamento de objetivos institucionais, a valorização das necessidades dos indivíduos (pacientes e trabalhadores), a integralidade do cuidado e a humanização das relações interpessoais como componentes essenciais no processo decisório (LITTIKE; SODRE, 2015; ROCHA *et al*, 2014).

Diante do exposto, surge o questionamento: como acontece a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar para a gestão¹ da EPS a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado? Qual o significado dessa interação para os profissionais envolvidos?

¹ Apesar de a Norma Operacional Básica (NOB) SUS 96 diferenciar os conceitos de gestão e gerência, definindo a gestão como algo mais amplo (relacionado à macro gestão municipal, estadual e federal) e a gerência como responsabilidade administrativa de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação) (NOB, 1996), este estudo abordará o termo gestão enquanto sinônimo de gerência e cujos significados compreendem pensar, decidir e agir para colocar estratégias em prática e obter resultados, os quais podem ser previstos, definidos, analisados e avaliados.

O estudo tem por objetivo compreender como acontece a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado a partir do significado atribuído pelos profissionais envolvidos.

Parte-se da tese que os serviços que compõem a estrutura organizacional hospitalar, quando complementares e interdependentes, configuram uma única instância com potencialidade para interação profissional na gestão da EPS de forma a proporcionar um cuidado de enfermagem seguro e qualificado.

2 BASE TEÓRICA

Este capítulo apresenta três tópicos que buscam embasar teoricamente o presente estudo. O primeiro tópico expõe a respeito da instituição hospitalar, enfatizando a estrutura organizacional. O segundo tópico traz a EPS e sua interface com a segurança do paciente e qualidade. E o terceiro tópico situa as atribuições e contribuições do enfermeiro enquanto gestor do cuidado de enfermagem no cenário hospitalar.

2.1 A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR

A assistência hospitalar tem produzido muitos debates desde a implantação do SUS no Brasil. A instituição hospitalar vem enfrentando ligeiras mudanças tanto na perspectiva social quanto na assistencial, objetivando uma maior inserção na RAS. Sendo assim, ao se discutir a necessidade em se reconfigurar a instituição hospitalar na RAS, é necessário ter conhecimento a respeito de sua historicidade, seus determinantes, valores e atores envolvidos (BRASIL, 2011a).

Antes de dar início à discussão sobre o surgimento da instituição hospitalar, é necessário que se pense nesta como um ambiente de restabelecimento da saúde. Todavia, até o final do século XVIII, o hospital era um local de exclusão social, cujo objetivo principal era assistir os pobres sem perspectiva de cura. Nessa época, a assistência a essas pessoas era realizada por leigos e religiosos em forma de caridade (FOCAULT, 2012; NIETSCHE, 1996).

A partir do século XIX, com o advento da Primeira Guerra Mundial, a evolução da ciência traz consigo o aperfeiçoamento das instalações e equipamentos nos hospitais, assim como as descobertas de Pasteur sobre a influência de microrganismos na saúde das pessoas. Nesse cenário, a medicina começa a intervir no ambiente hospitalar, tornando-o um espaço terapêutico e construindo sua hegemonia a partir do desenvolvimento de um saber documentado por meio de registros (FOCAULT, 2012; NIETSCHE, 1996). Uma nova configuração do hospital surge nesse contexto como uma instituição que possui a finalidade de organização de um ambiente caótico sob uma forte influência religiosa e militar (CAMPOS, 1965).

No século XX no Brasil, o avanço industrial e a aglomeração da classe operária nos centros urbanos fez emergir a necessidade de atendimento de saúde a essa população e, conseqüentemente, a expansão rápida e progressiva dos serviços hospitalares. No entanto, a

política de restrição dos serviços de saúde aos contribuintes da previdência e seus dependentes era excludente e o atendimento centrava-se no setor privado, vinculado e financiado pelo governo federal. Assim, com o modelo médico assistencial privatista, o custo da assistência hospitalar aumentava e o hospital tornava-se ponto de referência para o atendimento de saúde caracterizando o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde (BAPTISTA, 2007; MUSSI, 2005).

Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, que impulsionou a Reforma Sanitária brasileira (BRASIL, 1986). Esta foi legitimada pela Constituição Federal de 1988, a qual incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde expressos nos artigos de 196 a 200 (BRASIL, 1988) juntamente com as leis orgânicas n.^{os} 8.080/89 e 8.142/90. No entanto, a efetivação dos princípios do SUS encontrou no modelo biomédico um desafio para sua implementação no contexto hospitalar.

No decorrer do século XX, as teorias administrativas desenvolveram-se mundialmente objetivando a eficiência e eficácia das organizações. A administração científica proposta por Frederick Taylor, no final do século XIX, previu a organização racional do trabalho com o estudo dos tempos, dos movimentos e da fadiga humana, com foco na divisão, na rotinização e na especialização do trabalho sob a lógica da organização capitalista. Essa teoria teve foco nas tarefas e fatores relacionados aos cargos e funções dos trabalhadores (CHIAVENATO, 2014).

Complementarmente, a teoria clássica idealizada por Henri Fayol concentrou seu foco na estrutura organizacional, ou seja, na organização formal, apresentando-a como um sistema fechado, sem considerar as interferências externas à organização. Para a Teoria Clássica, a divisão do trabalho possui duas possibilidades na organização: a vertical que, representa a autoridade de linha, e a horizontal, representada pela departamentalização, ou seja, pela especialização horizontal da organização (CHIAVENATO, 2014).

Segundo Chiavenato (2014), a departamentalização constitui a combinação e/ou agrupamento adequados das atividades necessárias à organização em departamentos específicos. Convergindo com esse entendimento, Oliveira (2006) entende que a departamentalização constitui-se de atividades agrupadas de acordo com as funções da organização, caracterizando uma estrutura funcional.

Assim, a departamentalização, a burocracia, o estudo das organizações, das relações e do comportamento humano foram foco das teorias administrativas até chegar à teoria dos sistemas, com o advento da cibernética, da era da tecnologia e informação, e da teoria

contingencial, que focou no ambiente organizacional. Todas as teorias posteriores à teoria clássica utilizaram-na como base, seja como ponto de partida, seja buscando outros posicionamentos de forma crítica (CHIAVENATO, 2014). Essas teorias acabaram influenciando a administração das organizações inclusive dos hospitais.

Cabe destacar, nesse contexto, que a teoria da complexidade desenvolveu-se a partir da teoria dos sistemas absorvendo contribuições da física, em especial da teoria do caos. Segundo Morin (2011b), vivemos em uma realidade multidimensional, concomitantemente econômica, psicológica, mitológica e sociológica, porém essas dimensões são vivenciadas separadamente. O princípio de separação torna os seres humanos mais lúcidos a respeito de uma pequena parte quando separada do seu contexto, mas essa situação pode impossibilitá-los de fazer a relação entre a parte e o seu contexto. Nesse sentido, o pensamento complexo contraria o pensamento simplificador evidenciado pela teoria clássica da administração, pois enaltece a multicausalidade e multidimensionalidade presente na interação humana nos diferentes tipos de organizações (MORIN, 2012).

Para Chiavenato (2014), dentro da organização, a estrutura organizacional constitui uma cadeia de comando, ou seja, uma linha de autoridade que articula as posições ocupadas e define a hierarquia institucional. Para Mintzberg (1979), a estrutura organizacional pode ser definida segundo as formas de divisão do trabalho em tarefas distintas e de sua coordenação. Já para Oliveira (2006), a estrutura organizacional é o instrumento administrativo resultante dos processos de identificação, análise, ordenação e agrupamento das atividades e dos recursos da organização, incluindo os estabelecimentos dos níveis e processos decisórios.

Para Oliveira (2006), são duas as formatações básicas da estrutura organizacional: a formal, que é o principal foco dos estudos das organizações, sendo representada, em alguns de seus aspectos, pelo tradicional organograma; e a informal, que é resultante das relações sociais e pessoais que não aparecem nos organogramas.

Mintzberg (2008) considera que as estruturas formais e informais são interdependentes. Segundo o autor, mesmo que o organograma não apresente os relacionamentos informais, retrata honestamente a divisão do trabalho e expõe de forma clara quais posições existem na organização, como estão agrupadas e como a autoridade formal age sobre elas. As estruturas organizacionais, tal como a divisão do trabalho, as formas de coordenação, a formalização e a descentralização, variam de acordo com o que Mintzberg (2008) denomina fatores situacionais: ambiente, tamanho da organização, tecnologia ou processos produtivos utilizados.

Assim, as organizações são estruturadas de forma a abranger e gerenciar sistemas e fluxos, bem como estabelecer as inter-relações das diferentes partes da organização e destas com o todo organizacional (MINTZBERG, 2001). Mintzberg (2001) define cinco partes que constituem uma organização, e quem compõe cada uma dessas partes:

- a) Núcleo operacional: composto pelos operadores, ou seja, as pessoas que realizam o trabalho básico relacionado diretamente com a produção de bens ou prestação de serviços.
- b) Cúpula estratégica: é encarregada de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira eficaz por meio de supervisão direta e de garantir que as exigências daqueles que gerenciam, ou de outra forma exercem poder sobre a organização, sejam cumpridas. É representada por pessoas em unidades e cargos que possuem a responsabilidade pela organização.
- c) Linha intermediária: formada por uma cadeia de gerentes com autoridade formal, responsáveis pela intermediação entre a cúpula estratégica e o núcleo operacional.
- d) Tecnoestrutura: formada por pessoas que prestam serviços à organização, atuando sobre as atividades de outras pessoas. Estas se encontram fora do fluxo de trabalho operacional, mas podem delinear, planejá-lo e alterá-lo, ou ainda treinar os indivíduos que o executam. São responsáveis pela padronização das atividades na organização.
- e) Assessoria de apoio: composta por um conjunto de unidades especializadas, criadas com o fim de dar apoio às demais unidades na organização, situando-se fora de seu fluxo de trabalho operacional.

Segundo esta definição, e trazendo-a para o ambiente hospitalar, o núcleo operacional seriam os profissionais que prestam assistência direta ao paciente; a cúpula estratégica os gestores (gerentes e diretores); a linha intermediária os coordenador e chefias de setores ou unidades assistenciais; e os serviços de apoio integrariam a tecnoestrutura e a assessoria de apoio.

Para Mintzberg (1982), a estrutura organizacional hospitalar é considerada uma burocracia profissional. Isso se deve ao fato de ter a parte mais importante de sua organização situada no núcleo operacional, o que a distingue vertical e horizontalmente das demais organizações. No seu caso, os serviços de apoio estão direcionados ao núcleo operacional, o qual é composto por profissionais com formação e experiência que os permitem realizar suas atividades de forma autônoma e direta aos pacientes, e dessa forma, tanto a tecnoestrutura

quanto o poder hierárquico são incipientes. Segundo o autor, a instituição hospitalar não pode ser caracterizada como uma estrutura mecânica pelo fato de os profissionais estarem mais sujeitos aos seus próprios valores, normas éticas e códigos profissionais – cultura que se transmite mutuamente durante a formação e a convivência com os pares – do que à própria hierarquia institucional.

Assim, pode-se afirmar que a estrutura organizacional é diretamente influenciada pela cultura organizacional, a qual pode ser entendida como um processo que envolve uma combinação de fatores como costumes, hábitos, regras, comunicação formal e informal, entre outros (MARULANDA; LOPEZ; CRUZ, 2018). A cultura, composta pelos símbolos, linguagem, ideologia, crenças, rituais e mitos de uma organização, transmite um sentido de identidade para os seus membros (KLIMAS, 2016), além de permear todas as áreas da organização e ser considerada um núcleo de valores, suposições, interpretações e abordagens que a caracterizam (LEE; SHIUE; CHEN, 2016).

A organização, segundo Chiavenato (2014), pode ser caracterizada por meio de quatro princípios: a divisão do trabalho, ou seja, a decomposição de um processo complexo em várias pequenas atividades que o constituem; a especialização, que implica na realização de funções e atividades específicas e especializadas em cada órgão ou cargo na instituição; a hierarquia, que prevê a divisão da organização em níveis de autoridade; e a distribuição da autoridade e da responsabilidade, segundo o qual a macro gestão possui certa autoridade sobre os demais níveis na estrutura hierárquica. Essas podem se apresentar em três diferentes tipos em relação à estrutura organizacional (CHIAVENATO, 2014), sendo estes:

- a) Estrutura linear: comum em empresas pequenas, onde não há diversificação do trabalho, pouca especialização e trabalhos menos complexos. É baseada na autoridade do chefe e rígida unidade de comando em que todos os órgãos são estruturados sob uma única linha de subordinação. Há centralização das decisões e linhas formais de comunicação, geralmente com fluxo descendente. Cada unidade de trabalho executa tarefas específicas e bem definidas.
- b) Estrutura linear *staff*: considerada um modelo de estrutura em que as unidades diretivas contam com uma unidade especial (órgão ou pessoa-*staff*). O *staff* deve ser independente em sua atuação com liberdade de opinião, dar apoio, assessoria e recomendações.
- c) Estrutura funcional: apresenta uma chefia para cada função e todos os níveis de execução subordinam-se funcionalmente aos seus níveis correspondentes de

comando funcional. A organização divide-se segundo diferentes funções e tem foco na especialização.

De acordo com Gonçalves (1998), as organizações hospitalares são consideradas organizações complexas tanto com vistas à sua estrutura, que se caracteriza como uma estrutura funcional diante da forte hierarquização e verticalização presente neste cenário, quanto às relações sociais de trabalho. Essa estrutura torna-se insatisfatória, segundo o autor, em relação à expectativa de cooperação entre os diversos serviços da instituição para o alcance dos objetivos institucionais, com destaque para o atendimento de qualidade ao paciente.

Entretanto, nos hospitais, a estrutura organizacional normalmente segue as diretrizes estabelecidas pelos organogramas clássicos da administração, com estruturas verticalizadas e hierarquizadas, autoritarismo e centralidade decisória, controle excessivo e administração engessada, fragmentação das responsabilidades e formalização das relações, pautando-se nas lógicas de autoridade legal, herdadas da concepção burocrática, o que acaba por resultar em pouca cooperação, dificuldade de trabalhar em equipe e de desenvolver a interdisciplinaridade (KOERICH; ERDMANN, 2016a; ROCHA *et al*, 2014).

As instituições hospitalares no Brasil preservam modelos tradicionais de gestão e organização do trabalho e são embasadas no modelo biomédico, com valorização do saber médico, especialização das ações, submissão das outras categorias profissionais ao profissional médico, visão fragmentada do ser humano, ações voltadas aos processos e ao trabalho, o que leva à fragmentação do cuidado, à falta de humanização e de integralidade na assistência (KOERICH; ERDMANN, 2016; ROCHA *et al*, 2014).

Por isso, têm aumentado os debates a respeito dos efeitos negativos do modelo taylorista/fordista de organização do trabalho sobre os trabalhadores nas instituições hospitalares, considerando principalmente a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, que, associada ao controle gerencial do processo e à hierarquia rígida, tem levado à desmotivação e alienação de trabalhadores (MATOS, PIRES, 2006). A gestão na Enfermagem acabou sofrendo influência desse modelo, sendo pertinente mencionar a atuação de Florence Nightingale que, no século XIX, na Inglaterra, já utilizava métodos de racionalização do trabalho (SPAGNOL, 2005).

Assim, compreende-se que os processos de trabalho nos serviços de saúde não tiveram sua organização pensada em torno de um único objetivo. Tal organização foi, com o passar dos anos, compondo-se das visões de várias profissões, sem que se garantisse a

complementariedade das práticas, o compromisso de assistência solidária ou a eficácia nas ações para que se priorizasse um tratamento respeitoso, digno, com acolhimento, qualidade e vínculo. Essa realidade, desse modo, resulta na perda da motivação nos profissionais e pouco incentivo ao envolvimento dos pacientes nas práticas de saúde (BRASIL, 2004a).

A valorização de relações interpessoais, abertura para o diálogo, decisão compartilhada, desenvolvimento de ações interdisciplinares na atenção à saúde, valorização das necessidades dos indivíduos (pacientes e trabalhadores), integralidade do cuidado e alcance da qualidade dos serviços prestados vão contra os rígidos organogramas institucionais e apontam para estruturas enxutas e ágeis com criação de unidades autônomas, para descentralização do processo decisório e para intensificação da comunicação lateral (ROCHA *et al*, 2014; SPAGNOL, FERNANDES, 2004).

A partir dos anos 80, algumas ações administrativas de gestão e organização do trabalho foram incentivadas e disseminadas como alternativas para a superação dos modelos taylorista/fordista, a saber: a cooperação, os grupos de trabalho, a delegação de tarefas, o autogerenciamento por setores e áreas, a diminuição dos níveis hierárquicos, a responsabilidade compartilhada e a transparência nas decisões. Isso ocorreu porque se percebeu que essas ferramentas estimulavam uma participação maior dos trabalhadores no processo de tomada de decisão (MATOS, PIRES, 2006).

Nesse sentido, há algumas décadas, autores (DRUCKER, 1997; MOTTA, 1993) vêm sinalizado que as organizações com uma estrutura rígida, verticalizada e uma administração tradicional deveriam projetar o mais breve possível mudanças organizacionais que pudessem romper com os modelos estáticos provenientes da Escola Clássica da Administração, pois estavam se apresentando ineficientes para as demandas recentes. As organizações devem estar centradas no paciente, investir na qualidade de seus produtos e serviços, ter maior interação com a sociedade e com a responsabilidade ambiental, assim como possuir menor estrutura hierárquica e propor a substituição da hierarquia por lideranças com perfil motivador (CECÍLIO, 1997).

Alguns modelos vêm trabalhando essencialmente a conexão entre necessidade, qualidade, resultado e custo, com foco na segurança do paciente e maior adequação ao papel da instituição hospitalar na RAS. Esses modelos, mesmo tendo origem na teoria da administração clássica e trazendo uma abordagem mais tradicional e estruturada, buscam a criação de fluxos de comunicação e trabalho, a maior participação e interação dos atores envolvidos e a garantia de qualidade e segurança com a padronização das atividades e

processos com o foco no paciente. Destacam-se entre eles o modelo de Donabedian², o pensamento *Lean* e a gestão por competências.

A Tríade Donabediana, ou modelo de Donabedian, é o modelo no qual as informações sobre a qualidade dos cuidados nos serviços de saúde podem ser extraídas em três categorias, a saber: estrutura, processo e resultados. A estrutura descreve o contexto em que os cuidados são prestados, incluindo a parte física da instituição, profissionais, financiamento e equipamentos; o processo denota as relações entre pacientes e profissionais em todo o fornecimento de cuidados de saúde; e os resultados referem-se aos efeitos dos cuidados no estado de saúde dos pacientes e populações, englobando a satisfação destes e dos trabalhadores quanto ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (DONABEDIAN, 1988). Essas categorias podem ser observadas nos programas de acreditação hospitalar.

O pensamento enxuto ou pensamento *Lean* é um modelo de gestão de processo que propõe eficiência e efetividade com menor custo, baseado no sistema Toyota de produção, o qual utiliza estratégias e ferramentas que buscam, entre outras coisas, o aumento da produtividade e eficiência da equipe, a melhoria do trabalho em equipe, o aumento da qualidade no serviço prestado, o aumento da segurança e a satisfação do paciente, assim como dos profissionais de saúde (MAGALHÃES *et al*, 2016; PESTANA *et al*, 2013).

A metodologia *Lean* na saúde pode ser utilizada como uma ferramenta gerencial com potencial para melhorar a estrutura, o processo e os resultados a partir de ações tanto assistenciais como gerenciais e pode ser aplicada em diversos contextos de saúde. Essa metodologia ainda é capaz de reduzir o tempo de espera do paciente pelo atendimento, padronizar processos assistenciais, reduzir custos e reduzir o tempo de permanência na instituição (PESTANA *et al*, 2013).

Já a gestão por competência leva em consideração os conhecimentos, habilidades e atitudes dos colaboradores na instituição. Essa metodologia vem sendo utilizada há algumas décadas por alguns países na gestão de serviços públicos. Segundo o relatório de Jeannot e Lichtenberger, no início do século XXI na França, poucos órgãos públicos reconheciam que

² Avedis Donabedian (1919-2000) foi um o médico libanês que realizou estudos sobre os sistemas de gestão nas áreas da medicina estabelecendo sete atributos dos cuidados de saúde que ajudaram a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde, sendo estes a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1988).

as profissões evoluem com o tempo e que o treinamento, o recrutamento e a gestão de pessoas devem acompanhar essa evolução. Nos serviços públicos dos Estados Unidos da América (EUA), a gestão por competências é utilizada em várias etapas ou funções da gestão de pessoas, tais como planejamento da força de trabalho, recrutamento, seleção, desenvolvimento de pessoas e retenção de talentos (CAPUANO, 2015).

Assim, a comunicação pode ser considerada a base no processo de transição do modelo de gestão vigente nas instituições hospitalares públicas para novos modelos de gestão. As principais propostas de gestão hospitalar trazem a comunicação horizontal como base, como a gestão participativa ou colegiada, caracterizadas por práticas dialógicas e democráticas. Nesse sentido, além da mudança de cultura organizacional, a adequação da estrutura física também se torna essencial ao aproximar os gestores dos setores e departamentos na instituição (FARIAS; ARAUJO, 2017). Ao mesmo tempo, existe a necessidade de mudar o foco da atenção na doença e na disponibilidade dos serviços e profissionais de saúde para um modelo focado nas necessidades do paciente (BRASIL, 2011a).

O cuidado centrado no paciente tem sido um discurso comum entre os gerentes de hospitais públicos e privados, nacional e internacionalmente, sendo considerado um dos pilares das iniciativas de melhoria da qualidade e da segurança da prestação de serviços, embora dificuldades tenham sido vivenciadas para a sua implementação (BRITO *et al*, 2017). Os hospitais precisam centrar o cuidado no paciente de forma multiprofissional e interdisciplinar, ao adotar estratégias de valorização dos trabalhadores de saúde por meio de avaliação de desempenho, avaliação da atenção à saúde e educação permanente (BRASIL, 2013b). Ainda, abre-se espaço para discutir a continuidade do cuidado na RAS diante da falta de interação entre os serviços (FREITAS; MOREIRA; BRITO, 2014).

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUA INTERFACE COM A SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE

A partir dos anos 1970, com a expansão do sistema de saúde brasileiro e a consequente necessidade de desenvolvimento de mão de obra para o setor, cresceu enormemente a oferta de programas de formação, os quais buscaram construir modelos político-pedagógicos interessados na promoção do diálogo entre ensino e serviços de saúde. No entanto, apesar dos avanços, permanecia uma crítica ao modelo hegemônico da educação,

o qual era baseado em cursos pontuais realizados fora do ambiente de trabalho e pautados em métodos transmissivos de conhecimento que objetivavam atualizar, capacitar ou mesmo especializar uma categoria profissional específica (CARDOSO *et al*, 2017).

Na década de 1970, o conceito de EPS foi inicialmente trabalhado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e, nessa mesma década, a EPS passou a ser base da política educacional da Organização das nações unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). No final desse período, quando o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil teve seu início, já se pensava na criação de uma política pública específica para a educação na saúde, pois era necessário repensar as propostas tidas como tradicionais, as quais não estavam de acordo com as necessidades dos serviços (CARDOSO *et al*, 2017; LEMOS, 2016).

A oficialização dessa tendência ocorreu na redação da Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 200, inciso III, atribui ao SUS a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área da Saúde” (BRASIL, 1988). Com isso, a formação profissional passou a ser um fator essencial para o processo de consolidação da Reforma Sanitária brasileira. Em 2003 é criada no MS a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), constituindo-se como órgão responsável por formular as políticas que orientariam a gestão, a formação, a qualificação e a regulação dos trabalhadores de saúde do Brasil. Nesse mesmo ano, na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde, a PNEPS foi aprovada como política específica no interesse do SUS, o que se pode constatar por meio da Resolução n.º 335/2003 (LEMOS, 2016; BRASIL, 1988).

Em 2004, a EPS foi estabelecida como política pública por meio da Portaria n.º 198/04, sendo uma estratégia de consolidação do SUS para capacitar trabalhadores em saúde por meio de um processo permanente de educação. A partir dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), essa portaria amplia o âmbito da atuação da EPS da tradicional parceria ensino-serviço, previsto na OPAS, para outros segmentos compondo o chamado Quadrilátero da EPS: ensino, gestão, atenção e controle social, com destaque para os seguintes atores: trabalhadores, gestores, pacientes, professores/acadêmicos (BRASIL, 2004b).

A PNEPS foi revista e alterada pela Portaria n.º 1.996/2007, a qual dispõe a respeito das diretrizes para a implementação da PNEPS. De acordo com essa portaria, os PEPS passariam a se reorganizar em Centros de Integração Ensino Serviço (CIES), agora coordenados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e orientados pelo Plano de Ação

Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Os CIES são responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS (BRASIL, 2007).

Em relação ao financiamento da PNEPS, a Portaria n.º 198/2004 previa que os recursos financeiros destinados a PNEPS seriam repassados diretamente aos PEPS, porém algumas práticas em relação à compra e venda de cursos, conhecidas como ‘balcão de cursos’, fizeram com que essa portaria fosse revisada em 2007. Desta forma, com a Portaria n.º 1.996/2007, o repasse passa a ser de fundo a fundo, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão do SUS, ou seja, do MS para as Secretarias Estaduais de Saúde e destas para as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), o que acabou dificultando o repasse da verba destinada ao desenvolvimento da política. Outro dificultador do repasse financeiro foi o fato de que os recursos passaram a ser liberados pautados em linhas prioritárias estabelecidas pelo MS, e não pelos CIES (CARDOSO *et al*, 2017; BRASIL, 2009; BRASIL, 2004b).

Em 2017, o MS lançou o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PROEPS-SUS) por meio da Portaria n.º 3.194/2017 em resposta a necessidade de financiamento e planejamento das ações de EPS de forma a torná-las efetivas na prática profissional. O programa é direcionamento ao âmbito da atenção básica e caracterizado pelo repasse financeiro do MS diretamente aos municípios, ficando os estados, juntamente aos municípios e CIES, a atribuição de elaborar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) (BRASIL, 2018).

Tanto a Portaria n.º 198/2004 como a n.º 1.996/2007 sugerem que os processos de qualificação dos profissionais ponham foco nas necessidades reais do ambiente de trabalho, com o propósito de impactá-las e transformá-las. Apresentam a proposta de serem estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho, da valorização do papel da equipe multidisciplinar, do trabalho coletivo e do caráter socioeducativo, sem diminuir a importância da formação técnica específica (BRASIL, 2007; BRASIL, 2004b). Destacam o SUS, diante de sua dimensão e amplitude, como cenário favorável para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, visto que os locais de produção do cuidado favorecem a prática da produção pedagógica, pois propiciam o encontro criativo entre os trabalhadores e destes com os pacientes (BRASIL, 2018; MICCAS; BATISTA, 2014).

A PNEPS defende que as metodologias ativas de conhecimento, baseadas na pedagogia problematizadora e na aprendizagem significativa – a qual considera o conhecimento anterior e a experiência dos participantes –, devem permear todas as práticas educativas em saúde de forma a fazer sentido (BRASIL, 2009). Problematização, nesse

contexto, significa uma reflexão crítica sobre a prática, porém isso não se pode fazer isoladamente, o que pressupõe um rompimento da lógica individualista para a valorização do trabalho em equipe. Quanto a isso, Morin (2011a) defende que o conhecimento das informações, por si só, não faz sentido ao homem. Essas informações precisam estar inseridas em um contexto para que não sejam abstratas. Isso exige do ser humano a capacidade de religar saberes e problematizar a realidade diante da sua multidimensionalidade (MORIN, 2007).

A problematização objetiva a inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que atribuirão significado às aprendizagens e levar em conta as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam. Tal ação implicaria em estimular, nesses atores/trabalhadores, transformações no seu modo de agir e de pensar, de forma a envolvê-los ativamente na dinâmica das instituições, num movimento de horizontalização de saberes e decisões (FREIRE, 2010).

A EPS busca transpor a cultura institucional das decisões centralizadas e visa à construção de uma rede de relações por meio de ideias, necessidades e sentimentos comunitários expostos a partir da realidade vivenciada. Os resultados esperados são a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar, a busca de soluções criativas para os problemas, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (CARDOSO *et al*, 2017; MICCAS; BATISTA, 2014).

No entanto, cabe mencionar que o conceito de educação na saúde frequentemente é entendido como transferência de informações, com o uso de tecnologias avançadas ou não, cujas críticas têm confirmado sua limitação para dar conta da complexidade envolvida no processo educativo. A educação na saúde não pode ser reduzida apenas às atividades práticas que se limitam em transmitir informação (SALCI *et al*, 2013, FREIRE, 2000), visto que a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos que estão relacionados às transformações das práticas, não podendo caracterizar seu enfoque principal. A formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde comportam aspectos relacionados à produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (BRASIL, 2004b).

Ribeiro e Motta explicam o impacto desse modelo de transmissão da seguinte forma:

Os profissionais são elevados ao paraíso do ‘como deveria ser’, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única, de usuários e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se veem confrontados em suas realidades

cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido (RIBEIRO, MOTTA, 1996, p. 41).

Apesar de não haver consenso entre autores sobre o conceito de EPS e Educação continuada, o MS faz uma distinção entre esses dois conceitos e coloca que a educação continuada está baseada em ações de caráter pontual, fragmentadas, com metodologias tradicionais de ensino (BRASIL, 2009). Já a EPS apresenta-se como estratégia capaz de oferecer oportunidades de participação da equipe nas discussões, decisões e aperfeiçoamento do trabalho com objetivo de integrar os atores envolvidos no processo de cuidado e garantir a melhoria contínua da assistência. É preciso considerar também que a gestão participativa é construída no coletivo e possibilita a criação de estratégias para o trabalho em equipe e o aprendizado permanente (MEDEIROS *et al*, 2010; BRASIL, 2009).

A PNEPS organiza-se dentro de um quadrilátero formado por atenção, ensino, gestão e controle social, o qual norteia as ações de educação permanente utilizando metodologias centradas na resolução de problemas advindos do próprio cenário da prática profissional. Nesse contexto, compreende-se a importância dos espaços coletivos construídos para proporcionar a socialização de saberes, reflexões e momentos de avaliação, que são necessários para compreender a realidade, não para adaptar-se a ela, mas para nela intervir produzindo novos modos de cuidado em saúde (CARDOSO *et al*, 2017; MICCAS; BATISTA, 2014; BRASIL, 2009; BRASIL, 2004b).

Os processos de EPS têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Para isso, é preciso empreender um trabalho articulado entre as instituições formadoras e a gestão do sistema de saúde em suas várias esferas, por meio de ações estratégicas que visam a modificar desde os processos formativos, passando pelas práticas pedagógicas e de saúde, e culminando na reorganização dos serviços (BRASIL, 2009).

Dessa forma são cotejados os preceitos da PNEPS e consolidadas as estratégias para a qualificação do cuidado. A ênfase na troca de saberes e experiências, a valorização do saber do profissional e o envolvimento desses no processo de EPS são práticas que fortalecem a autonomia e a interdisciplinaridade nos serviços de saúde. A interdisciplinaridade pode ser entendida como um trabalho que envolve diversas ações, saberes e relações de interação dinâmica entre diversas disciplinas, exigindo permeabilidade entre os saberes para que se possa exercer o cuidado resolutivo e a transformação no processo de trabalho (BRASIL, 2009).

Defende-se a EPS como estratégia para promover o desenvolvimento dos serviços de saúde. Isso se deve ao fato de que, para sua aplicação, é preciso haver atualização permanente por meio de ações intencionais e planejadas com foco no aprimoramento de competências profissionais dos trabalhadores (conhecimentos, habilidades e atitudes). Tal estratégia reflete nas relações e no processo de trabalho da própria equipe de saúde, assim como nas práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais (BRASIL, 2009).

Nessa lógica, as práticas educativas realizadas no ambiente hospitalar devem ser caracterizadas por práticas de desenvolvimento profissional, produzidas a partir das necessidades evidenciadas no cotidiano dos profissionais de saúde e fazerem parte de uma conformação ampliada dentro de um objetivo institucional, de forma que o seu resultado reflita na melhoria do cuidado e esteja voltado para mudança de prática e de atitude profissional (KOERICH; ERDMANN, 2016a).

Na estrutura hospitalar, o NEP tem apresentado dificuldades para conquistar adesão aos projetos de desenvolvimento profissional, devido ao pouco interesse e entendimento dos gestores, e carece ampliar seu olhar para além das práticas educativas propriamente ditas, buscando a integração com outras estâncias institucionais e extrainstitucionais (KOERICH; ERDMANN, 2016a) para que esse movimento ganhe força e adquira visibilidade de forma a potencializar a atuação profissional e garantir a efetivação das ações de segurança do paciente e qualidade.

Assim, para que a EPS seja realizada no cotidiano dos serviços públicos de saúde, é necessário que estratégias efetivas de gestão e integração ensino-serviço se constituam para tornar possível a efetivação da educação permanente enquanto política pública (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011). No entanto, O cenário atual exige o fortalecimento da PNEPS diante da falta de compreensão dos gestores a respeito da importância das ações de EPS para a qualificação da gestão e melhoria da atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2018).

A EPS apresenta-se como uma ferramenta de gestão anti-hegemônica que busca espaços de troca de experiências, apontando que a interação dos profissionais entre si e com os pacientes é base para o sucesso dos processos de cuidado. Dessa forma, percebe-se que, para alcançar o desenvolvimento e sucesso institucional, é preciso substituir os modelos de cuidado em que o desempenho individual e independente se sobressai por aqueles em que o trabalho é realizado por uma equipe profissional interdependente, colaborativa e interprofissional (BRASIL, 2014a).

Nesse sentido, pode-se citar a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) como estratégia potencial para fortalecimento do SUS por ser uma intervenção em que membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, tanto nas instituições formadoras como no cenário laboral, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional e conseqüentemente a produção de saúde (COSTA; PEDUZZI; FREIRE FILHO *et al*, 2018; BRASIL, 2018; REEVES, 2016).

Para tanto, se torna necessário investir em relações horizontais, com vistas a potencializar as habilidades relacionais, considerar que a produção do saber coletivo depende da reflexão da vivência desses atores e saber que as transformações tecnológicas, econômicas e sociais encontram no conhecimento e na informação subsídios para a melhora da segurança e da qualidade nas organizações (SALLES; CORVINO; GOUVEA, 2015; BONATO, 2011).

A discussão mundial a respeito da segurança do paciente e da qualidade foi impulsionada pela publicação, em 1999, do documento *To err is human: building a safer health care* pelo *Institute of Medicine* (IOM), no qual foram apresentados números alarmantes sobre erros nas práticas de saúde e, por isso, teve forte impacto sobre a segurança do paciente no mundo (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). Em função desta publicação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em 2004 o projeto Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de alertar para a melhoria e o desenvolvimento de políticas públicas e práticas para mitigar os riscos relacionados à assistência à saúde em todo o mundo (CALDANA, 2015).

A esse respeito, a OMS entende a segurança do paciente como a ausência ou redução, a um nível mínimo aceitável, do risco de sofrer danos desnecessários no curso dos cuidados de saúde (WHO, 2009), sendo que o conceito de nível mínimo aceitável está relacionado aos riscos presentes considerando os conhecimentos atuais, os recursos disponíveis e o contexto de onde e quando se presta o atendimento, em comparação aos riscos de não haver tratamento ou de receber tratamento alternativo.

A segurança do paciente integra a qualidade do cuidado e, em todo o mundo, é considerada de verdadeira importância para pacientes e suas famílias, gestores e profissionais de saúde, pois visa ofertar uma assistência segura (BRASIL, 2013b). Nesse sentido, sistemas de saúde de países desenvolvidos estão focando nos pacientes por meio do desenvolvimento de estratégias e tecnologias que buscam a qualidade dos serviços de assistência, os quais possuem como componente fundamental a confiança e a segurança do paciente (ROMERO *et al*, 2018).

Em 2013, o MS no Brasil instituiu, por meio da Portaria n.º 529/2013, o PNSP. Este programa está associado ao moderno conceito em saúde de prevenção quaternária, que tem como objetivo detectar indivíduos em risco de intervenções excessivas em saúde, implicando em atividades desnecessárias, e sugerir alternativas éticas aceitáveis que buscam a mitigação ou extinção de efeitos adversos. No Brasil, a adesão a essa lógica vem crescendo com a incorporação de novas tecnologias, principalmente após a criação da ANVISA, que representa um marco legal a respeito da incorporação de tecnologias com base em evidências em um modelo humanizado e orientado para a saúde (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

As ações do PNSP unem-se aos objetivos da Aliança Mundial, por contemplar as demais políticas de saúde para unir esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013c). A RDC/ANVISA 36/2013 institui ações para a segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde por meio da instituição do NSP e gestão de risco, além da obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013c).

O NSP possui também a função de integrar instâncias distintas que trabalham com riscos dentro das instituições de saúde, nas quais o paciente é visto como sujeito e objeto final do cuidado de saúde, com garantia de segurança no processo de cuidado ao qual foi submetido. Ainda, o núcleo deve apoiar a direção na criação e desenvolvimento de ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente. Estruturas institucionais como comitês, comissões, gerências, coordenações e núcleos podem ser utilizados para desempenho das ações do NSP (BRASIL, 2013c).

De acordo com a legislação, o NSP possui como princípios e diretrizes a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; e ainda a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação. Este deve ser constituído por uma equipe multiprofissional com foco na implantação de protocolos de segurança do paciente, realização do monitoramento dos indicadores de segurança, assim como desenvolvimento, implantação e acompanhamento de programas de capacitação relacionados à segurança do paciente e qualidade dos serviços em saúde (BRASIL, 2013c).

O plano de segurança do paciente precisa prever a implantação das ações em segurança do paciente por meio dos protocolos básicos aprovados pelas portarias ministeriais n.º 1.377 e n.º 2.095 de 2013 (BRASIL, 2013c). Os protocolos básicos de

segurança do paciente envolvem: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas e úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2014a).

O NSP deve promover ainda o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde com o intuito de estimular e dar continuidade aos processos de notificação e captação de informações, sendo que estas devem ser discutidas em todos os âmbitos e setores das instituições hospitalares. O registro das notificações deve ser realizado por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) (BRASIL, 2013c).

Assim, tendo como objetivo edificar as ações realizadas pela vigilância sanitária e a procura constante de uma gestão de risco por meio do desenvolvimento da qualidade e do aperfeiçoamento e efetivação de práticas seguras nos serviços de saúde, a Rede Sentinela foi criada em 2001 buscando capacitar instituições sobre gestão de risco e de segurança do paciente, metodologias para planejamento, monitoramento, comunicação de eventos adversos e dos riscos em saúde, entre outras (BRASIL, 2014a).

Em 2014, a Rede Sentinela passou a seguir as orientações de dois instrumentos normativos: a RDC/ANVISA n.º 51/2014, que dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), e a Instrução Normativa da ANVISA IN n.º 8/2013, que dispõe a respeito dos critérios para adesão, participação e permanência dos serviços de saúde na Rede Sentinela. As normativas proporcionaram amparo legal para suas ações, além de critérios para o acompanhamento das instituições credenciadas por meio do SNVS (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2013d).

Assim, o projeto Hospital Sentinela da ANVISA converge com o PNSP, além de outros programas e políticas ministeriais como o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), a Política Nacional de Humanização (PNH), a certificação dos Hospitais de Ensino, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) e a PNHOSP (BRASIL, 2014a).

O desenvolvimento de ações que visam à mitigação de falhas na assistência ao paciente é uma situação urgente nos serviços de saúde e, para tanto, os programas de qualidade podem apresentar estratégias e ferramentas de auxílio às instituições de forma que possam conhecer melhor seus serviços e reconhecer suas fragilidades com a implementação

de ações sistemáticas, além de favorecer a melhor utilização e aplicação de recursos (FRANÇOLIN *et al*, 2015).

A qualidade, segundo o IOM, é definida como o grau em que aumenta a probabilidade de alcançar resultados de saúde ótimos e comparáveis ao conhecimento atual dos profissionais nos serviços de saúde destinados aos indivíduos e à população (IOM, 1990). Dessa forma, a qualidade diz respeito a fornecer cuidados de acordo com o conhecimento médico científico atual, equivalente à capacidade dos serviços e que satisfaçam as necessidades do paciente. Para tanto, algumas dimensões são essenciais, como competência profissional e qualidade técnico-científica, eficácia, eficiência, acessibilidade, satisfação, adequação, equidade e segurança do paciente (ROMERO *et al*, 2018).

Com relação à gestão da qualidade nos hospitais, o sistema de acreditação hospitalar é considerado uma referência de garantia da qualidade assistencial para os pacientes e para a sociedade em geral, obtendo como resultados a melhoria da qualidade da assistência, o gerenciamento dos riscos clínicos e a melhora do gerenciamento de recursos financeiros das instituições. A acreditação é um processo de avaliação externa de serviços, que pode ser aplicada a vários segmentos da área da saúde, que tem como resultado um certificado de mérito (SCHIESARI, 2014).

Nos EUA, em 1994, a JCI foi fundada pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, com a missão de assistir às organizações de saúde internacionais, às agências de saúde pública, aos ministros da saúde e outros, no desenvolvimento da qualidade e da segurança nos cuidados aos pacientes ao redor do mundo (JCI, 2014). Atualmente, esta organização possui projetos em mais de 90 países, inclusive no Brasil, sendo o CBA o único representante da JCI no Brasil.

O CCHSA é representado no Brasil pelo IQG e avalia os processos de qualidade dentro das instituições que já, em sua maioria, possuem o nível de excelência pela ONA. O CCHSA tem como princípio da sua metodologia avaliar pontos que são considerados fundamentais para a qualidade, como a estratégia e a liderança, a cultura organizacional, a informação e a comunicação, os processos em times de trabalho, os resultados, a segurança dos pacientes com base na criação de protocolos e os fluxos de atendimento assistencial (BONATO, 2011).

No Brasil, a acreditação hospitalar cresceu nos últimos anos e é considerada inovadora, sendo uma alternativa moderna para avaliação do desempenho de serviços de saúde e aplicação dos princípios da qualidade. A acreditação teve crescimento a partir da

criação da ONA no fim da década de 90, que é a responsável pela acreditação nacional e que segue a metodologia explícita no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH). O Colégio Brasileiro de Cirurgiões desenvolveu o papel de pioneiro no desenvolvimento da acreditação brasileira, quando, em 1986, criou a Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais (SANTOS; FRANÇA, 2016).

O principal objetivo da ONA é a implementação, a nível nacional, de um processo contínuo para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, encorajando todos os serviços de saúde a atingir padrões de qualidade elevados (ONA, 2014). Esse processo de avaliação se dá pela verificação de evidências objetivas que comprovem o cumprimento dos três níveis e padrões estabelecidos no MBAH: a) nível 1: segurança (estrutura); b) nível 2: gestão integrada (processos, organização); e c) nível 3: excelência em gestão (resultados) (ONA, 2014).

No MBAH constam requisitos pautados nos pacientes e na administração das instituições hospitalares, incluindo metas relativas à segurança do paciente, ao gerenciamento de medicamentos, controle de infecções, gestão da comunicação e informação, governança corporativa e liderança de acreditação, entre outros. O documento aborda ainda aspectos relativos à gestão de pessoas como, por exemplo, padrões dos processos de planejamento, orientação e educação, abordando as necessidades relativas aos hospitais e aos profissionais, destacando os perfis de competência, suas especialidades e qualificações (SANTOS; FRANÇA, 2016).

O processo de acreditação hospitalar, pode proporcionar a implantação de uma cultura de qualidade na instituição, o que é um aspecto educativo relevante na formação das equipes internas, já que, ao se apropriarem da metodologia de acreditação, tornam-se responsáveis por planejar, avaliar e acompanhar os padrões e indicadores de qualidade da instituição, conduzindo a um processo de avaliação interna, ou autoavaliação (SANTOS; FRANÇA, 2016).

Além da acreditação, percebe-se um movimento em torno da certificação da *International Organization for Standardization* (ISO) nos diversos segmentos da saúde, principalmente nos hospitais. A organização ISO tem sua origem no Reino Unido, em 1947, e é considerada a maior do mundo nas questões de desenvolvimento de padrões com caráter parcial, técnico e orientador. No Brasil, a ISO é representada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e o padrão de qualidade respeitado se refere à Norma Técnica Brasileira (NBR) ISO 9001, a qual possui como princípios o foco no cliente, a liderança, o

envolvimento das pessoas, a abordagem de processo e de gestão, a melhoria contínua, o enfoque fatural para tomada de decisão e o relacionamento com agentes externos para benefício mútuo (BONATO, 2011).

Assim, os objetivos da acreditação incluem a avaliação da qualidade e da segurança na assistência hospitalar, o desenvolvimento de uma cultura de qualidade por meio da participação de profissionais no processo e a conquista do reconhecimento externo (GREPPERUD, 2015). Em pesquisa com 101 hospitais brasileiros acreditados ou em busca deste processo, identificou-se que a motivação para a busca da acreditação é um construto multidimensional e que aumentar a segurança do paciente é um dos principais motivadores (ARAÚJO; FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 2015), enaltecendo a forte relação entre os eixos de segurança do paciente e qualidade.

Nesse tocante, ressalta-se que todos os processos que envolvem implementação de práticas de segurança do paciente, evidenciando as notificações de eventos adversos e a implantação dos protocolos básicos de segurança do paciente, visam à qualidade e necessitam de ações educativas, visto que esse precisa ser um movimento institucional que envolva todos os atores que compõem a instituição. Desta forma, a EPS, a segurança do paciente e a qualidade no contexto hospitalar possuem como principal desafio o incentivo à participação, a interação e a implicação de todos os atores: gestores, instituições formadoras, profissionais e pacientes (SALLES; CORVINO; GOUVEA, 2015; BONATO, 2011).

2.3 ENFERMEIRO GESTOR DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

A gestão do cuidado de enfermagem “trata-se da articulação e integração entre as ações cuidativas e gerenciais, mediante o exercício de liderança, relações interativas, comunicativas e cooperativas assumidas pelo enfermeiro para com a equipe de enfermagem, profissionais de saúde e usuário” (MORORO *et al*, 2017, p. 328). Torna-se essencial aplicar esse conceito na prática gerencial do enfermeiro, dada a urgência no desenvolvimento de um modelo de gestão que esteja vinculado ao processo do cuidado, com interação entre os membros da equipe, com vistas à qualificação e integralidade do cuidado ao paciente. Esse modelo poderá ser determinado por indicadores de qualidade da assistência, em especial, os relacionados à segurança do paciente (MORORO *et al*, 2017).

A gerência do cuidado de enfermagem contempla a articulação das dimensões gerencial e assistencial que estão inseridas no trabalho do enfermeiro (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012). Constitui-se em uma atribuição do enfermeiro diretamente relacionada à busca pela qualidade assistencial e por melhores condições de trabalho, que interfere em diversos aspectos na produção de cuidado (SANTOS *et al*, 2013).

Assim, como profissional responsável pela gestão do cuidado de enfermagem e considerando as diversas atribuições que essa função exige, as competências do enfermeiro passam a ser elemento central nas discussões sobre gestão, entre as quais se destacam a liderança, a motivação da equipe, o relacionamento interpessoal, a comunicação e a tomada de decisão (ARAGÃO *et al*, 2016). Pode-se afirmar que as ações dos enfermeiros líderes influenciam diretamente os fatores estruturais e os processos de trabalho das instituições de saúde, enfatizando, nesse sentido, a importância de ações inovadoras e inspiradoras no seguimento de atuação em que o profissional se proponha a desempenhar (LANZONI; MEIRELLES, 2011).

Os conhecimentos gerenciais que o enfermeiro recebe na sua formação e na sua prática profissional lhe atribuem uma capacitação diferenciada de outros profissionais da equipe de saúde, o que permite uma ampliação da atuação dentro das instituições de saúde, inclusive da instituição hospitalar (SEGUI; PERES; BERNARDINO, 2014). Nesse sentido, no cenário das instituições hospitalares, destaca-se a utilização de estratégias e/ou ferramentas gerenciais por enfermeiros que estimulem e valorizem a interação e participação da equipe no processo de tomada de decisões, a liderança democrática e horizontalizada, a comunicação efetiva, a supervisão, o planejamento e execução de atividades assistenciais e gerenciais, e a capacitação, que deve surgir da necessidade da prática dos profissionais e ter apoio institucional (SOARES *et al*, 2016).

Assim, a gestão do cuidado de enfermagem envolve ainda a dimensão educativa e de pesquisa, já que, compete ao enfermeiro, entre outras atribuições, a capacitação da equipe de enfermagem, a coordenação da produção do cuidado e a avaliação das ações de enfermagem (SANTOS *et al*, 2013). Portanto, nas instituições hospitalares, o enfermeiro, enquanto líder de equipe, é responsável por seu aperfeiçoamento profissional, assim como assume o papel de facilitador de ações educativas para a equipe de enfermagem. Contudo, torna-se relevante a qualificação gerencial dos enfermeiros para que sejam capazes de gerenciar para além de recursos materiais e humanos, adquirindo sensibilidade para reconhecer o potencial de todo ser humano envolvido no processo de cuidar (DAMASCENO *et al*, 2016).

A liderança e a EPS são competências gerenciais do enfermeiro, as quais demandam aperfeiçoamento diante de desafios como a dissociação entre ensino e serviço, a falta de comprometimento dos profissionais enfermeiros, a falta de recursos humanos, físicos e financeiros e o apoio institucional incipiente (SADE; PERES, 2015). Além disso, deve-se ter em conta que o apoio institucional aos enfermeiros, como capacitações, oportunidade de envolvimento nos processos decisórios e desenvolvimento na organização, favorece a motivação profissional e, conseqüentemente, a colaboração com a instituição (GORJI; ETEMADI; HOSEINI, 2014).

Nas instituições hospitalares na década de 1930, manuais educativos eram usados como recursos assistenciais pela enfermagem. Já nas décadas de 1950 e 1960, esses materiais passam a ser utilizados como ferramenta gerencial que carregam grande influência da Teoria Científica e Clássica da Administração, por serem baseados em preceitos como divisão de funções, hierarquização do trabalho e padronização de tarefas. Nessa época, já era estabelecida uma íntima relação entre preparo e aperfeiçoamento sistematizado do profissional e a qualidade da assistência prestada por ele, considerando que a partir da década de 1970, no Brasil, sob a influência de iniciativas de enfermeiras norte-americanas, solidificava-se o conceito de qualidade em assistência à saúde, que era baseado no aperfeiçoamento e avaliação profissional (BRASILEIRO; SANNA, 2014).

Cabia ao enfermeiro supervisor o planejamento e coordenação da unidade de EPS e ao enfermeiro assistencial, participar dos programas de ensino, levantar as necessidades da unidade de trabalho e providenciar material didático para os programas de ensino. Observa-se que os métodos aplicados de educação estavam vinculados a uma concepção tradicional de educação, centrada em métodos como exposições, explanação dialogada, recursos audiovisuais e aplicação de roteiros de avaliação, no intuito de mensurar o grau de aprendizagem dos conteúdos. Tais práticas podem estar relacionadas ao panorama de ensino entre as décadas de 1960 e 1970, quando os educadores buscavam mecanismos eficazes para avaliarem o processo de ensino aprendizagem (BRASILEIRO; SANNA, 2014).

No entanto, atualmente, mesmo diante da rápida evolução científica e tecnológica, as práticas educativas nas instituições hospitalares normalmente têm caráter esporádico, pontual e são caracterizadas por atualização individual, sem resultado efetivo na prática. Nesse sentido, torna-se essencial que o enfermeiro reconheça seu papel diante da EPS no contexto hospitalar, visto que essa atitude é fundamental para o alcance dos objetivos organizacionais (SADE; PERES, 2015).

Entretanto, considerando que atualmente os objetivos organizacionais na saúde estão relacionados à segurança do paciente e melhoria dos serviços prestados, existe um movimento dentro da enfermagem de preocupação com a qualidade da assistência prestada ao paciente (DAMASCENO *et al*, 2016). Assim, entre os instrumentos de gestão do cuidado utilizados pelo enfermeiro no ambiente hospitalar que vêm ganhando força diante da necessidade de uma assistência mais segura e qualificada estão a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), prevista na Resolução n.º 358/2009, que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados (PEREIRA *et al*, 2017), o Procedimento Operacional Padrão (POP) e os protocolos institucionais.

Nesse sentido, a EPS também pode ser considerada um instrumento de gestão do cuidado de enfermagem que busca a segurança do paciente e a qualificação do cuidado. A relação entre programas de atualização e/ou aprimoramento sistemático e periódico para a equipe de enfermagem e a melhoria da qualidade, satisfação e segurança dos pacientes foram enfatizadas em estudo (FELDMAN; CUNHA; D'INNOCENZO, 2013).

O enfermeiro, ao gerenciar a EPS, visando à segurança e à qualidade, deve reconhecer e considerar a necessidade de abertura de espaços no cotidiano laboral, o fortalecimento da supervisão, o uso de tecnologias e práticas inovadoras de educação (Capacitação *in loco*/Simulação), o apoio institucional/gerencial, a interação das instituições formadoras, das equipes de saúde e desta com o paciente (inserção do paciente na problematização da realidade laboral) (KOERICH; ERDMANN, 2016a).

Nessa perspectiva, a fim de elucidar como os enfermeiros vêm gerenciando as práticas educativas nos serviços de saúde, realizou-se uma revisão integrativa de literatura, a qual revelou os principais recursos e competências utilizadas por enfermeiros para a gestão da EPS em diversos países. Cabe mencionar que o artigo encontra-se publicado e sua página inicial encontra-se anexa ao final deste trabalho (Apêndice A).

2.3.1 Manuscrito 1 - Recursos e Competências para Gestão de Práticas Educativas por Enfermeiros: Revisão Integrativa

RESUMO

Objetivo: Conhecer os recursos utilizados e as competências necessárias ao enfermeiro para a gestão das práticas educativas nos serviços de saúde. Método: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada nas bases de dados Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), *PubMed Central* (PMC), *Scopus* e *Web of Science* (WoS). A análise resultou em 18 estudos, publicados no período entre 2011 e 2017, que foram classificados em três categorias. Resultados: Os resultados foram apresentados nas categorias: recursos instrumentais utilizados na educação em saúde, recursos tecnológicos aplicados às práticas educativas e competências para gestão das práticas educativas. Conclusão: Este estudo traz como contribuição para a prática do enfermeiro subsídios para o desenvolvimento da gestão das práticas educativas nos serviços de saúde por meio de recursos tecnológicos e instrumentais e de competências profissionais que visam ao desenvolvimento da equipe, autonomia do paciente e crescimento institucional. Palavras-chave: Educação. Educação em saúde. Enfermagem. Supervisão de enfermagem. Liderança. Gestão em saúde.

1 INTRODUÇÃO

Conforme o acesso aos serviços de saúde aumenta, novas estratégias de cuidado em saúde precisam evoluir por meio da educação, da pesquisa e da prática clínica (MUELLER, 2016). As inovações tecnológicas vêm ocupando espaços em vários setores da sociedade, inclusive no setor saúde. Nesse setor específico, existe uma necessidade premente do uso de tecnologias para melhoria das condições de educação, já que essa é capaz de modificar a prática profissional e garantir a segurança dos pacientes por meio da potencialização de competências nos profissionais de saúde (MACKAY; ANDERSON; HARDING, 2017).

Assim, os profissionais de saúde estão sendo desafiados a integrar recursos tecnológicos no desenvolvimento de práticas educativas na saúde (MACKAY; ANDERSON; HARDING, 2017), incluindo ambientes *online* (GREEN; HUNTINGTON, 2017) e tecnologia móvel inteligente (MACKAY; ANDERSON; HARDING, 2017), uma vez que o acesso à informação de qualquer lugar e a qualquer momento pode ser efetivo diante da atual dinâmica do mercado de trabalho (GREEN; HUNTINGTON, 2017) e ter repercussões positivas no ensino clínico (MACKAY; ANDERSON; HARDING, 2017).

Entretanto, diante das fragilidades no desenvolvimento das práticas educativas voltadas ao profissional de saúde, constata-se uma adesão muito pequena às mudanças na prática profissional e carência de outras conformações na dinâmica dos serviços de saúde.

Isso se deve por essas práticas estarem voltadas prioritariamente à atualização individual dos profissionais dentro de uma lógica tradicional de transmissão de informações, e associadas à baixa participação do paciente nas discussões relacionadas ao processo saúde-doença e funcionamento dos serviços de saúde, (KOERICH; ERDMANN, 2016a).

Nesse contexto, a gestão em saúde necessita de um planejamento capaz de influenciar os profissionais na busca de saberes e no seu compartilhamento com toda a equipe de saúde (LEIBOLD, SCHWARZ, 2017), além de motivá-los para a corresponsabilização no processo de educação na saúde. Da mesma forma, torna-se indispensável que gestores acompanhem a evolução desse processo de gestão das práticas educativas, investindo nos profissionais por meio de tecnologias e recursos inovadores (LEIBOLD, SCHWARZ, 2017; FRISCH *et al*, 2017), como também no desenvolvimento de competências que oportunizem motivação e aprendizagem permanente e que venham ao encontro das necessidades dos pacientes e da equipe (MEDEIROS *et al*, 2010).

É preciso considerar que a gestão das práticas educativas na saúde apresenta-se como espaço possível para a atuação do enfermeiro de forma a qualificar e potencializar a atuação da equipe de enfermagem e de saúde (KOERICH; ERDMANN, 2016b). Esta revisão de literatura objetivou conhecer os recursos utilizados e as competências necessárias ao enfermeiro para a gestão das práticas educativas nos serviços de saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que propõe, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado por professores de uma universidade pública federal com *expertise*³ no assunto, o estabelecimento de critérios definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados. Para sua construção, foram realizadas as etapas indicadas da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas ou quadros; 4) análise crítica dos achados; 5) interpretação dos resultados e 6) descrição da evidência encontrada (GANONG, 1987).

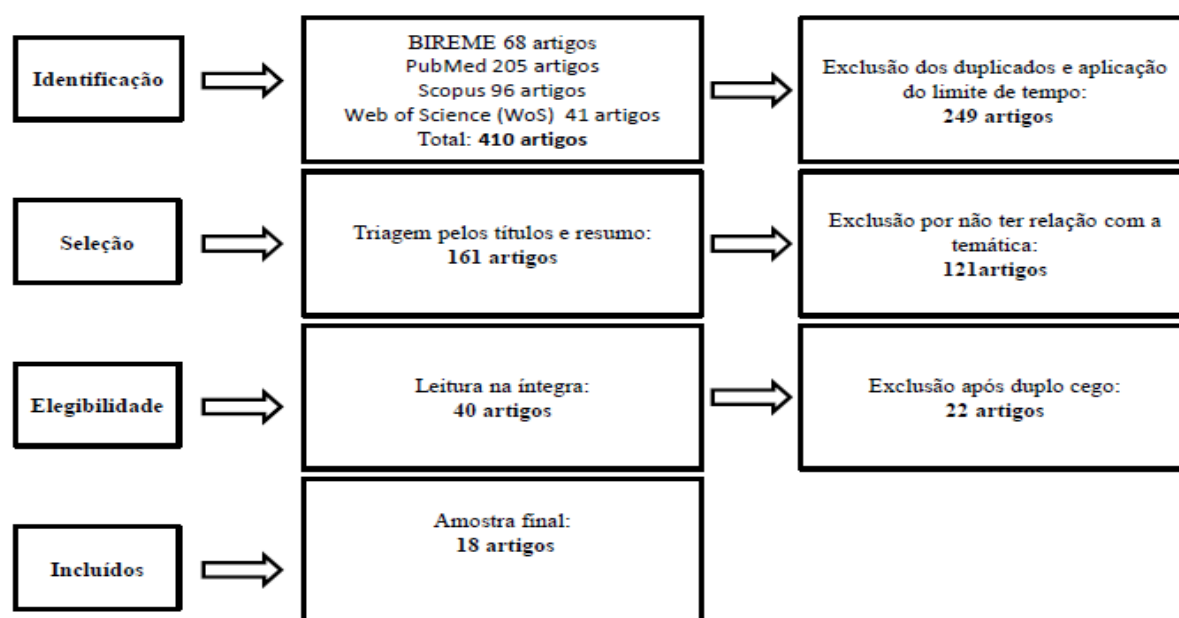
A busca a artigos científicos deu-se entre setembro de 2016 e fevereiro de 2017. Foram utilizados os descritores "Gestão em Saúde" *and* "Enfermagem" *and* "Educação", e

³ Pessoa com conhecimento em determinado assunto adquirido por estudo, experiência e/ou prática.

seus correspondentes na língua inglesa "*Health Management*" and "*Nursing*" and "*Education*". A seleção teve como questão de busca: Quais instrumentos de gestão são utilizados por enfermeiros para gerenciar práticas educativas nos serviços de saúde?

Foram inclusos artigos científicos disponíveis *online* na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre o período de 2011 a 2017, exceto editoriais, teses, dissertações, artigos de revisão, monografias, trabalhos de conclusão de curso e artigos originais que não trataram da temática desta revisão e que tenham sido publicados fora do período estabelecido, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção e exclusão dos estudos no período entre os anos de 2011 e 2017.



Fonte: os autores, 2017.

3 RESULTADOS

Ao analisar os 18 artigos selecionados, verificou-se que 14 artigos (77,7%) são produções internacionais e quatro artigos (22,2%) nacionais. Ao todo, 13 artigos possuem enfoque qualitativo, dois artigos enfoque quantitativo e três artigos são estudos que utilizaram tanto abordagem quantitativa como qualitativa.

Quanto ao país de origem do estudo, os EUA apresentaram cinco artigos (27,7%), Brasil quatro (22,2%), Irã três (16,6%), Finlândia e China dois cada (11,1%), Japão e Espanha

um cada (5,5%). Quanto ao contexto de realização dos estudos, o ambiente hospitalar destacou-se com 11 estudos (61,1%), a atenção primária com três (16,6%), as instituições de longa permanência com dois (11,1%), o ambiente ambulatorial e o ambiente domiciliar com um cada (5,5%).

O resultado da análise permitiu organizar os dados em três categorias: **Recursos instrumentais utilizados na educação em saúde**, **Recursos tecnológicos aplicados às práticas educativas** e **Competências para gestão das práticas educativas**. Os artigos analisados foram organizados no Quadro 1, evidenciando os seguintes dados: autor e ano, local, tipo de prática educativa, eventual repercussão e categoria de análise.

Quadro 1 – Produção científica segundo base de dados, periódico de publicação, título, autores e ano de publicação e local de realização do estudo

Autor e ano	Local	Prática Educativa	Repercussão	Categoria
LIN <i>et al</i> , 2015	China	Aconselhamento por telefone e uso de manuais educativos	Comportamento preventivo; redução dos níveis de ansiedade e estresse	Recursos instrumentais utilizados na educação em saúde
AMERYOUN <i>et al</i> , 2016	Irã	Não apresenta intervenção direta	Desenvolvimento dos profissionais de saúde	
SEYEDIN <i>et al</i> , 2015	Irã	Orientação intra-hospitalar	Menor nível de estresse, taxas de complicações, reinternações hospitalares e tempo de internação; melhor recuperação	
IKEDA, 2014	Japão	Práticas educativas direcionadas para gestão de resíduos	Descarte adequado dos resíduos médicos hospitalares no domicílio	
CHUANG; LEVINE; RICH, 2011	EUA	Assistência telefônica de enfermagem e um plano de ação	Deteção precoce das exacerbações agudas e indivíduos com competência para autogestão da doença	
EDMONDS <i>et al</i> , 2016	EUA	Cartilha educativa	Melhor nível de satisfação do paciente	
HARVEY; KITSON; MUNN, 2012	Europa	Aplicação Prática do Sistema de Evidências Clínicas (PACES)	Conhecimento de novas tecnologias de informação	Recursos tecnológicos aplicados às práticas educativas
KAAKINEN <i>et al</i> , 2015	Finlândia	Treinamento para triagem telefônica	Melhora do conhecimento e atitude dos enfermeiros	
CRUZ <i>et al</i> , 2012	Brasil/PE	Seminários por webconferência	Necessidade de protocolos e educação permanente	
POTTER <i>et al</i> , 2014	EUA	Uso da Telemedicina	Melhora do acesso aos cuidados de saúde; recrutamento e retenção de profissionais	

BEL-PENA, MÉRIDA-DE LA TORRE, 2012	Espanha	Observação de procedimento	Diminuição da hemólise na coleta de sangue venoso	Competências para gestão das práticas educativas
MCCAUGHEY <i>et al</i> , 2014	EUA	Práticas educativas frequentes e Observação da dinâmica de trabalho	Diminuição das taxas de lesões	
JANSSON <i>et al</i> , 2015	Finlândia	Observação durante procedimento	Adequação do procedimento	
GOMES <i>et al</i> , 2014	Brasil/RS	Não apresenta intervenção direta	Qualificação da atenção à saúde	
PETTIT <i>et al</i> , 2012	EUA	Não apresenta intervenção direta	Necessidade de protocolos e educação permanente	
KOERICH, ERDMANN <i>et al</i> , 2016a	Brasil	Não apresenta intervenção direta	Qualificação do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente	
KOERICH, ERDMANN <i>et al</i> , 2016b	Brasil	Não apresenta intervenção direta	Necessidade de formação gerencial do Enfermeiro para práticas educativas	
CHANG <i>et al</i> , 2015	China	Não apresenta intervenção direta	Necessidade de interação teoria e prática profissional	

Fonte: Os autores, 2017.

3.1 RECURSOS INSTRUMENTAIS UTILIZADOS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Um estudo realizado nos EUA a respeito de osteoporose com pacientes idosos mostrou que, após intervenção com cartilha educativa, a satisfação do paciente aumentou em relação ao cuidado recebido (EDMONDS *et al*, 2016). Resultados positivos também foram obtidos com a realização de programas de educação em saúde planejados, que contaram com manual educativo para o paciente e seu acompanhamento (LIN *et al*, 2015; CHUANG; LEVINE; RICH, 2011).

Essas ações resultaram no aumento do nível de conhecimento do paciente sobre sua doença, comportamento preventivo, menos internações hospitalares e consultas de emergência e, conseqüentemente, menor custo para os serviços de saúde e suas famílias (LIN *et al*, 2015; CHUANG; LEVINE; RICH, 2011).

Em pacientes internados, tais práticas acarretaram menores taxas de complicações, menor tempo de internação, menos reinternações e melhor recuperação, em especial quando direcionadas para o autocuidado após a alta (SEYEDIN *et al*, 2015).

Neste sentido, estudos internacionais vêm discutindo a abordagem de pacientes por enfermeiros, seja para orientações de autocuidado domiciliar, seja para avaliação das necessidades de cuidados do paciente por telefone (LIN *et al*, 2015; SEYEDIN *et al*, 2015; IKEDA, 2014; CHUANG; LEVINE; RICH, 2011).

O telefone e o uso de manuais educativos como estratégias de gerenciamento de casos para ajudar os pacientes a melhorar seus conhecimentos, comportamentos e estado de saúde diante da vivência de uma doença é uma prática que tende a encorajar as pessoas a aderirem a um comportamento preventivo, além de reduzir os níveis de ansiedade e estresse (LIN *et al*, 2015; SEYEDIN *et al*, 2015).

Na Califórnia, um programa piloto de um ano com um grupo de cuidados médicos gerenciados para capacitar pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), objetivando a autogestão da doença e melhora da qualidade de vida, incluiu assistência telefônica de enfermagem e um plano de ação para exacerbação dos sintomas da DPOC. O resultado foi a detecção precoce das exacerbações agudas e indivíduos com competência para autogestão da doença, assim como maior adequação dos recursos com saúde (CHUANG; LEVINE; RICH, 2011).

Ainda, um estudo realizado no Japão sobre separo e descarte de artigos médicos no domicílio provenientes de serviços de assistência médica domiciliar detectou que práticas educativas direcionadas para enfermeiros é fator chave na educação do paciente (IKEDA, 2014), visto que facilita a execução das atribuições no trabalho e aumenta a habilidade do profissional (CHAGHARI *et al*, 2016).

3.2 RECURSOS TECNOLÓGICOS APLICADOS ÀS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Um estudo realizado na Austrália investigou a aplicação do sistema de evidência clínica (PACES – *Practical Application of Clinical Evidence System*) do Instituto Joanna Briggs (JBI) para enfermeiros em lares de idosos. O programa compreende três fases: 1) pré-auditoria clínica; 2) implementação de boas práticas; 3) auditoria pós-implementação e concluiu que é preciso incentivar o uso de novas tecnologias, informação e tempo estimado para adequação dos profissionais aos sistemas implantados (HARVEY; KITSON; MUNN, 2012).

Ao investigar os efeitos de um treinamento para enfermeiros a respeito da avaliação das necessidades de cuidados de pacientes na triagem telefônica em uma unidade de

emergência hospitalar na Finlândia, constatou-se que a intervenção melhorou as habilidades dos enfermeiros para avaliar as necessidades de cuidados dos pacientes, considerando que houve diferença significativa nos recursos, conhecimentos e atitudes dos enfermeiros entre as medidas de base e pós-teste. O estudo reforça que esse tipo de treinamento deve ser contínuo por reforçar a competência profissional (KAAKINEN *et al*, 2016).

No nordeste do Brasil, um estudo que buscou caracterizar o perfil dos seminários por webconferência para profissionais de saúde a partir dos registros do serviço de tele-educação da Rede de Núcleos de Telessaúde identificou a necessidade de estimular a participação dos profissionais de saúde nas capacitações permanentes, a fim de fortalecer as ações de promoção da saúde e o cuidado integral de forma contínua (CRUZ *et al*, 2012).

Já nos EUA, a telemedicina é utilizada como recurso de apoio a profissionais que atuam em áreas rurais, afastadas dos grandes centros, e que são, por isso, carentes de especialistas. Essa tecnologia pode melhorar tanto o acesso dos pacientes quanto o recrutamento e retenção de profissionais nessas áreas (POTTER *et al*, 2014).

3.3 COMPETÊNCIAS PARA GESTÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Os resultados mostram a necessidade de formação gerencial do Enfermeiro para gestão das práticas educativas nas instituições de saúde (KOERICH; ERDMANN, 2016b). Nesse sentido, a supervisão, como instrumento gerencial do enfermeiro, visa a fortalecer as práticas educativas na saúde. Por meio da supervisão é possível avaliar a estrutura do serviço e verificar a salubridade do mesmo para os profissionais, além de perceber as fragilidades e necessidades da equipe (MCCAUGHEY *et al*, 2014).

Na Espanha, um estudo afirmou que a observação direta acompanhada de orientação ao profissional de enfermagem contribui para a diminuição da hemólise na coleta de sangue venoso (BEL-PENA; MÉRIDA-DE LA TORRE, 2015). Ainda, ao trabalhar com simulação na higienização das mãos, estudo evidenciou que o profissional, quando supervisionado, tende a realizar o procedimento de maneira adequada. Porém, o estudo afirma que uma única sessão de simulação não é suficiente para modificar as ações da prática, necessitando de educação permanente (JANSSON *et al*, 2016).

Ressalta-se que o funcionamento dos serviços de saúde, além da supervisão, são afetados pela estrutura disponibilizada, pelo número de profissionais disponíveis, pela comunicação efetiva entre os profissionais e pelo acesso a práticas educativas permanentes,

fatores capazes de refletir na satisfação e aumentar o comprometimento dos profissionais (GOMES *et al*, 2014).

A instituição de saúde precisa criar um ambiente propício para favorecer a adesão dos enfermeiros às práticas educativas e ter compromisso com a instituição, considerando que os profissionais podem apresentar sentimento de responsabilidade sobre determinada prática, porém estarem pouco preparados/capacitados para fornecer os cuidados, apontando para necessidade de protocolos e educação permanente nas instituições hospitalares (PETTIT *et al*, 2012).

Em Taiwan, um estudo apontou que programas de treinamento de preceptores de enfermagem foram considerados clinicamente impraticáveis, necessitando de ajustes de forma a atender à interação entre teoria e prática (CHANG *et al*, 2015). Dessa forma, as práticas educativas nos serviços de saúde precisam acontecer naturalmente, como uma contínua troca de conhecimento, e estarem voltadas para a realidade laboral, sendo o enfermeiro responsável pela motivação e envolvimento da equipe (KOERICH; ERDMANN, 2016a; KOERICH; ERDMANN, 2016b).

4. DISCUSSÃO

Há uma diversidade de recursos instrumentais e tecnológicos que podem ser utilizados nas práticas educativas, porém as cartilhas e manuais educativos foram os elementos mais apontados como recursos instrumentais que favorecem a relação entre enfermeiro e paciente, impactando positivamente na sua satisfação e ampliando sua autonomia.

Apesar das facilidades expostas, os manuais necessitam de um processo de construção que inclui planejamento, permeando desde a definição e seleção dos conteúdos, adaptação da linguagem científica à linguagem popular, seleção de imagens e a qualificação. Um estudo realizado em Portugal descreveu o desenvolvimento e a validação de um folheto informativo sobre glicemia capilar e enfatizou a necessidade de uma avaliação global e análise por peritos, além de teste em uma amostra representativa antes da distribuição (COSTA; SANTIAGO; FONSECA, 2016).

No entanto, a carência de um cenário educacional permanente nos serviços de saúde reflete na falta de preparo dos profissionais para educação em saúde, que vai desde a organização (elaboração de manuais e protocolos) ao ato da prática educativa em si

(EDMONDS *et al*, 2016). Outra questão é a falta de diálogo entre profissional de saúde e paciente, o que é uma importante barreira, que impede que o profissional descubra e entenda a sua real necessidade e a melhor forma de auxiliá-lo (SEYEDIN *et al*, 2015).

Dessa forma, a impessoalidade das práticas de educação em saúde, bem como a falta de planejamento para tal procedimento revela que é preciso olhar para a singularidade de cada indivíduo, visando a determinar o tipo, o tempo e a forma em que a prática deverá ser realizada. Também é necessário considerar como os pacientes recebem as orientações, se as compreendem, e se o tipo de prática educativa trará resultados positivos (SEYEDIN *et al*, 2015).

Já o uso do telefone para acompanhamento de saúde foge do método tradicional, no qual o paciente encontra o profissional em um ambiente institucional, pois tem como ponto de partida a autogestão do paciente, ou seja, conhecimento, acompanhamento e a manutenção de sua própria saúde/doença. Esse tipo de recurso pode criar um sentimento de corresponsabilidade nos envolvidos e refletir em um tratamento mais eficaz (CHANG *et al*, 2015).

Esse achado corrobora com estudo desenvolvido com pacientes que foram submetidos à quimioterapia e realizaram consultas de enfermagem via telefone, os quais salientaram que a continuidade do atendimento por meio desse recurso gerou um nível maior de satisfação, reduziu o estresse, melhorou o vínculo com o profissional e a aderência ao tratamento (CRUZ; FERREIRA; REIS, 2014). Nesse sentido, pode-se afirmar que intervenções comportamentais e educativas por telefone mostram-se eficazes na adesão às práticas preventivas de saúde (LIMA *et al*, 2017).

Outro modelo de prestação de serviços de saúde que vem ganhando espaço nas equipes multidisciplinares é conhecido como Gestão/Gerenciamento de Casos, o qual é definido por uma equipe de saúde ou um único profissional que se responsabiliza pela atenção integral do paciente durante todo o processo clínico, objetivando ampliar a qualidade de vida do paciente e da família, garantindo vínculo e maior adesão ao tratamento e/ou ação preventiva para evitar agravos de saúde (CHAGHARI *et al*, 2016).

Em unidades de saúde de Atenção Primária em Londres, na Inglaterra, os enfermeiros tiveram suas funções ampliadas, estimulados pela necessidade de diminuir custos. Essa contingência tem tornado os enfermeiros uma referência para o manejo de doenças crônicas na equipe de saúde e, por isso, atuam intensamente na gestão de casos, guiando-se por protocolos de cuidado e de tratamento medicamentoso, orientações para

mudanças no estilo de vida e monitoramento individual. Os enfermeiros receberam capacitações e tiveram um tempo de adaptação, ganhando espaço no gerenciamento de casos e ampliando a resolutividade e o acesso dos pacientes (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

No Brasil, o uso de tecnologias tem ampliado a realização de práticas educativas mais dinâmicas e que possibilitam aos profissionais apoio mútuo, como no caso das redes de Telessaúde, as quais objetivam aproximar e permitir o fortalecimento dos profissionais da saúde às ofertas de educação permanente (BRASIL, 2011b). Entretanto, para que tais recursos tenham efeitos positivos, há a necessidade de se ter profissionais capacitados para o uso de plataformas eletrônicas.

No entanto, a alta rotatividade dos profissionais e a existência de equipamentos obsoletos podem impossibilitar o uso de ferramentas digitais de maneira satisfatória, o que repercute negativamente no acesso e inclusão tecnológica (TEVEIRA *et al*, 2014). Assim, é importante que o tipo de prática educativa para o profissional de saúde seja considerado e planejado, principalmente quando envolver tecnologias e habilidade com sistemas de informação, pois exigem um conhecimento prévio.

As práticas educativas são importantes para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde e estas competências são essenciais na gestão das práticas educativas. Dentre as competências necessárias para a gestão das práticas educativas, o enfermeiro tem na comunicação uma base de apoio para realizar suas atividades, sejam as relacionadas com educação em saúde, seja com a educação da equipe (BROCA; FERREIRA, 2015).

Um estudo a respeito da formação gerencial de enfermeiros, que investigou os campos de ensino do conhecimento, das habilidades e das atitudes, revelou que as competências de comunicação, liderança e educação permanente apresentam défices quando considerados os campos habilidades e atitudes, carecendo ser mais bem exploradas ainda na graduação (PERES *et al*, 2017).

A falta de preparo para gestão das práticas educativas na academia reflete-se na baixa adesão dos profissionais às ações de educação, pois a adesão possui relação com o significado/sentido dessas práticas, ou seja, é importante que os processos educativos tenham relação com o cotidiano de trabalho do profissional de saúde para que os problemas da prática motivem os temas abordados segundo a lógica da EPS (SENA *et al*, 2017).

Destaca-se como principal benefício das práticas educativas permanentes a motivação e o sentimento de valorização dos profissionais, resultando em maior

comprometimento e, conseqüentemente, melhores resultados nos serviços de saúde (TEIXEIRA *et al*, 2016; RIBEIRO; KUROBA, 2016).

Nesse sentido, o enfermeiro, enquanto gestor de equipe e do cuidado de enfermagem, precisa apoderar-se a respeito dos modelos educacionais, das novas técnicas e protocolos, de habilidades de comunicação, de detecção de situações-problema e de desenvolvimento de mudanças organizacionais utilizando sua liderança para envolver a equipe no desempenho de um cuidado seguro e qualificado (COSTA; SANTIAGO; FONSECA, 2016).

Outro estudo apontou que a necessidade de educação permanente é sentida por enfermeiros que atuam como gerentes de enfermagem nas instituições de saúde, diante das atribuições que envolvem a gerência, desde a mediação de planejamento, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem das unidades até a determinação da manutenção de condutas adotadas ou indicadas pela melhor evidência (TEIXEIRA *et al*, 2016).

Nesse contexto, a supervisão como instrumento de gestão no processo de trabalho do enfermeiro visa promover a reflexão e discussão a respeito da prática profissional. Quando essa ação é desenvolvida apenas com o intuito de verificar se o que está sendo realizado é correto ou não, o objetivo de controlar sobrepõe o de emancipar a equipe (SANTOS; LIMA, 2011).

Assim, pode-se afirmar que o supervisor tem uma importância fundamental na garantia da qualidade do trabalho da equipe, pois deve auxiliar na implantação de protocolos, rotinas, procedimentos de segurança e intervir com recursos adicionais quando necessário (BEL-PENA; MÉRIDA-DE LA TORRE, 2015).

Um gerente de enfermagem capacitado e ciente do impacto das práticas educativas permanentes é capaz de promover mudanças significativas na qualidade de vida dos pacientes e equipe (RIBEIRO; KUROBA, 2016; BAPTISTA *et al*, 2015), impactando na redução de eventos adversos (SILVA *et al*, 2015), gerando menor índice de absenteísmo (RIBEIRO; KUROBA, 2016) e melhorando a assistência (BAPTISTA *et al*, 2015; SILVA *et al*, 2015).

Sendo assim, a interface entre a gestão das práticas educativas e a assistência à saúde é capaz de favorecer os profissionais e pacientes no processo de educarem-se permanentemente nos diversos espaços e momentos, carecendo de estratégias para a qualificação da assistência à saúde por meio de práticas educativas que favoreçam o processo de mudança necessário (GOMES *et al*, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traz como contribuição para a prática do enfermeiro subsídios para o desenvolvimento da gestão das práticas educativas nos serviços de saúde por meio de recursos tecnológicos e instrumentais capazes de fortalecer a atuação profissional, o vínculo e adesão dos pacientes ao autocuidado, assim como de competências profissionais que visam ao desenvolvimento da equipe, autonomia do paciente e crescimento institucional.

Os resultados enfatizam os recursos instrumentais mais utilizados na educação em saúde por enfermeiros, como os manuais educativos, os quais apontam para a necessidade de planejamento em sua construção, e o acompanhamento telefônico, cujo intuito é promover a autogestão da doença pelos pacientes. Ressalta-se a crescente atuação do enfermeiro na gestão de casos com a utilização de instrumentos aliados aos cuidados de uma equipe multiprofissional. Os recursos tecnológicos na educação dos profissionais de saúde, como a webconferência, a Telessaúde e a telemedicina, com as vantagens e os desafios da sua aplicação também foram citados como importantes estratégias a serem utilizadas. E as competências necessárias ao enfermeiro para a gestão das práticas educativas, como a supervisão, a comunicação, a liderança e a formação gerencial e educacional, devem ser trabalhadas mais enfaticamente.

Como limitação do presente estudo, percebe-se que os estudos selecionados apresentaram pouco detalhamento a respeito do planejamento e implantação dos recursos na gestão das práticas educativas, dificultando a análise dos benefícios e da qualidade da prática realizada. Destaca-se a necessidade de pesquisas que desenvolvam a atuação do Enfermeiro na área de gestão de casos e de acompanhamento telefônico, considerando esta uma lacuna para o desenvolvimento da práxis da enfermagem.

6.REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, P.; PUSTIGLIONE, M.; ALMEIDA, M.; FELLI, V.; GARZIN, A.; MELLEIRO, M. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 122-128, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800122. Acesso em: 22 fev. 2017
- BEL-PEÑA N, MÉRIDA-DE LA TORRE FJ. Influence of an observer in the haemolysis produced during the extraction of blood samples in primary care. **Revista de Calidad Asistencial**, Espanha, v. 30, n. 6, p. 297-301, nov./dez. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X15001347?via%3Dihub>. Acesso em: 20 fev. 2017

BRASIL. **Portaria n.º 2.546**, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 12 fev. 2017.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 467-474, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300467. Acesso em: 20 jan. 2017.

CHAGHARI, M.; EBADI, A.; AMERYOUN, A.; SAFARI, M. An attempt for empowering education: a qualitative study of in-service training of nursing personnel. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, Irã, v. 21, n. 5, p. 498-503, set./out. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5114795/>. Acesso em: 12 fev. 2017.

CHANG, C.C.; LIN, L.M.; CHEN, I.H.; KANG, C.M.; CHANG, W.Y. Perceptions and experiences of nurse preceptors regarding their training courses: a mixed method study. **Nurse Education Today**, [Edimburgo, Escócia], v. 35, n. 1, p. 220-226, jan. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25175623>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CHUANG, C.; LEVINE, S.; RICH, J. Enhancing cost-effective care with a patient-centric chronic obstructive pulmonary disease program. **Population Health Management**, Nova Iorque, v. 14, n. 3, p. 133-136, jun. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21214417>. Acesso em: 20 mar. 2017.

COSTA, M.T.; SANTIAGO, L.M.; FONSECA, AP. Desenvolvimento e Validação do Folheto Informativo “Guia de Uso Prático – Como Testar a sua Glicemia”. **Revista Portuguesa de Diabetes**, Portugal, v. 11, n. 4, p. 141-153, dez. 2016. Disponível em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-11-n%C2%BA-4-Dezembro-2016-Artigo-Original-p%C3%A1gs-141-153.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2017.

CRUZ, E.; NOVAES, M.; MACHIAVELLI, J.; MENEZES, V. Caracterização dos seminários por webconferência sobre saúde do adolescente e jovem da rede de núcleos de telessaúde de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 1, p. 83-90, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100009. Acesso em: 20 fev. 2017.

CRUZ, F.O.A.M.; FERREIRA, E.B.; REIS, P.E.D. Consulta de enfermagem via telefone: relatos dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica. **Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, MG, v. 4, n. 2, p. 1090-1099, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26759&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 mar. 2017.

EDMONDS, S.; CRAM, P.; LOU, Y.; JONES, M.; ROBLIN, D.; SAAG, K. *et al.* Effects of a DXA result letter on satisfaction, quality of life, and osteoporosis knowledge: a randomized controlled trial. **BMC Musculoskeletal Disorders**, Londres, v. 17, n. 1, p. 369 (1-8), ago. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5000520/>. Acesso em: 20 fev. 2017.

FRISCH, N.C.; ATHERTON, P.; BORYCKI, E.M.; MICKELSON, G.; BLACK, A.; NOVAK LAUSCHER, H. *et al.* Expanding the reach of continuing educational offerings through a web-based virtual network: the experience of inspirenet. **Studies in Health Technology and Informatics**, Amsterdam; Washington, DC. v. 234, p. 120-124, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28186027>. Acesso em: 20 jan. 2018.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, Nova Iorque, v. 10, n. 1, p. 1-11, fev. 1987. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.4770100103>. Acesso em: 20 jan. 2017.

GOMES, I.E.M.; SIGNOR, E.; SILVA, L.A.A.; COLOMÉ, I.C.S.; ARBOIT, E.L.; CORREA, A.M.G. Desafios na gestão do trabalho em saúde: a educação na interface com atenção. **Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, MG, v. 4, n. 2, p. 1100-1111, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/638/744>. Acesso em: 14 fev. 2017.

GREEN, J.K.; HUNTINGTON, A.D. Online professional development for digitally differentiated nurses: an action research perspective. **Nurse Education in Practice**, [Edimburgo, Escócia], v.22, p. 55-62, jan. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27940391>. Acesso em: 20 fev. 2017.

HARVEY, G.; KITSON, A.; MUNN, Z. Promoting continence in nursing homes in four European countries: the use of PACES as a mechanism for improving the uptake of evidence-based recommendations. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, Sidnei, Austrália, v. 10, n. 4, p. 388-396, dez. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23173664>. Acesso em: 21 fev. 2017.

IKEDA, Y. Importance of patient education on home medical care waste disposal in Japan. **Waste Management**, Nova Iorque, v. 34, n.7, p. 1330-1334, jul. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956053X14001573>. Acesso em: 20 fev. 2017.

JANSSON, M.M.; SYRJÄLÄ, H.P.; OHTONEN, P.P.; MERILÄINEN, M.H.; KYNGÄS, H.A.; ALA-KOKKO, T.I. Simulation education as a single intervention does not improve hand hygiene practices: a randomized controlled follow-up study. **American journal of infection control**, Estados Unidos, v. 44, n. 6, p. 625-630, jun. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26899529>. Acesso em: 22 fev. 2017.

KAAKINEN, P.; KYNGÄS, H.; TARKIAINEN, K.; KÄÄRIÄINEN, M. The effects of intervention on quality of telephone triage at an emergency unit in Finland: nurses' perspective. **International Emergency Nursing**, Canadá, v. 26, p. 26-31, maio, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26433605>. Acesso em: 20 fev. 2017.

KOERICH, C.; ERDMANN, A.L. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 872-880, out. 2016a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500872. Acesso em: 02 jan. 2017.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem sobre educação permanente em uma instituição cardiovascular. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 93, n. 1, p. 93-102, jan./fev. 2016b. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2610>. Acesso em: 02 fev. 2017.

LEIBOLD, N.; SCHWARZ, L. Virtual simulations: a creative, evidence-based approach to develop and educate nurses. **Create Nursing**, Minneapolis, v. 23, n. 1, p. 29-34, fev. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28196565>. Acesso em: 02 mar. 2017.

LIMA, T.M.; NICOLAU, A.I.O.; CARVALHO, F.H.C.; VASCONCELOS, C.T.M.; AQUINO, P.S.; PINHEIRO, A.K.B. Intervenções por telefone para adesão ao exame colposcópico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. (e2844)1-8, fev. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100307. Acesso em: 04 mar. 2017.

LIN, H.Y.; CHEN, S.C.; PENG, H.L.; CHEN, M.K. Effects of a case management program on patients with oral precancerous lesions: a randomized controlled trial. **Supportive Care in Cancer**, v. 24, n. 1, p. 275-284, jan. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26024744>. Acesso em: 02 fev. 2017.

MACKAY, B.J.; ANDERSON, J.; HARDING, T. Mobile technology in clinical teaching. **Nurse Education in Practice**, [Edimburgo, Escócia], v. 22, p. 1-6, jan. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27871040>. Acesso em: 02 fev. 2017.

MCCAUGHEY, D.; MCGHAN, G.; WALSH, E.; RATHERT, C.; BELUE, R. The relationship of positive work environments and workplace injury: evidence from the National Nursing Assistant Survey. **Health Care Management Review**, Maryland (EUA), v. 39, n. 1, p. 75-88, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23416788>. Acesso em: 02 fev. 2017.

MEDEIROS, A.; PEREIRA, Q.; SIQUEIRA, H.; CECAGNO, D.; MORAES, C. . Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 38-42, fev. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100007. Acesso em: 02 jan. 2017.

MUELLER, S.K. Transdisciplinary coordination and delivery of care. **Seminars in Oncology Nursing**, Filadélfia, PA, v. 32, n. 2, p. 154-163, maio 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27137472>. Acesso em: 02 fev. 2017.

PERES, A.M.; EZEAGU, T.N.M.; SADE, P.M.C.; SOUZA, P.B.; GÓMEZ-TORRES, D. Mapeamento de competências: *gaps* identificados na formação gerencial do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. (e06250015) 1-8, jul. 2017.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200329. Acesso em: 14 fev. 2018.

PETTIT, S.L.; MCCANN, A.L.; SCHNEIDERMAN, E.D.; FARREN, E.A.; CAMPBELL, P.R. Dimensions of oral care management in Texas hospitals. **Journal of Dental Hygiene**, Chicago, v. 86, n. 2, p. 91-103, maio 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22584446>. Acesso em: 02 mar. 2017.

POTTER AJ, MUELLER KJ, MACKINNEY AC, WARD MM. Effect of tele-emergency services on recruitment and retention of US rural physicians. **Rural Remote Health**, Austrália, v. 14, p. 27-87, ago. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25115747>. Acesso em: 02 fev. 2017.

RIBEIRO, D.C.M.; KUROBA, D.S. Fatores que levam os profissionais de enfermagem ao absenteísmo no Brasil. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, [S. l.] v. 9, n. 5, p. 21-44, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/441>. Acesso em: 02 fev. 2017.

SANTOS, J.L.G.; LIMA, M.A.D.S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 695-702, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400009. Acesso em: 02 mar. 2017.

SENA, R.R.; GRILLO, M.J.C.; PEREIRA, L.A.; BELGA, S.M.M.F.; FRANÇA, B.D.; FREITAS, C.P. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. (e64031) 1-7, jul. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200407. Acesso em: 02 fev. 2018.

SEYEDIN, H.; GOHARINEZHAD, S.; VATANKHAH, S.; AZMAL, M. Patient education process in teaching hospitals of Tehran university of medical sciences. **Medical Journal of the Islamic Republic of Iran**, Irã. v. 29, n. 220, p.1-7, jun. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606941/>. Acesso em: 02 mar. 2017.

SILVA, M.M.; CURTY, B.I.C.; DUARTE, S.C.M.; ZEPEDA, K.G.M. Gestão de segurança de enfermagem em enfermarias de onco-hematologia pediátrica. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 6, p. 915-924, nov./dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3278/2519>. Acesso em: 02 fev. 2017.

TAVEIRA, Z.Z.; SCHERER, M.D.A.; DIEHL, E.E. Implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1793-1797, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801793. Acesso em: 15 fev. 2017.

TEIXEIRA, A.K.S.; MENEZES, L.C.G.; OLIVEIRA, R.M. Serviço de Estomatoterapia na Perspectiva dos Gerentes de Enfermagem em Hospital Público de Referência. **Estima**, São Paulo, v. 14, n.1, p. 3-12, abr. 2016. Disponível em:

<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/114>. Acesso em: 13 fev. 2017.

TOSO, B.R.G.O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 182-191, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100182. Acesso em: 13 fev. 2017.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DA COMPLEXIDADE POR EDGAR MORIN

Nascido em Paris em 1921, Edgar Nahoum, é filho de pais judeus espanhóis. Seu pai era comerciante e sua mãe, dona de casa, que faleceu quando ele tinha 10 anos de idade. Aos 19 anos filiou-se ao partido comunista, do qual foi expulso anos mais tarde. Formou-se em História, Geografia e Direito. Estudioso das áreas de filosofia, sociologia e epistemologia, é considerado um dos maiores pensadores contemporâneos e um dos principais teóricos do pensamento complexo.

A palavra complexidade tem sua origem no latim *complexus*, ou seja, aquilo que é tecido em conjunto. Ao contrário do que René Descartes trouxe como contribuição filosófica para a humanidade, de que quanto mais abstrato o pensamento mais verdadeiro ele é, propondo a divisão entre o homem e o objeto do conhecimento, o pensamento complexo visa unir/juntar/reunir para a compreensão do todo (MORIN, 2011a).

Nesse sentido, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis e indispensáveis em um todo, ou seja, quando as partes e o todo, o todo e as partes e as partes entre si estabelecem um processo de interdependência, interatividade e interretroatividade. A complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade, e esse é um grande desafio no cenário atual (MORIN, 2011a).

O paradigma da complexidade contrapõe-se ao paradigma simplificador, ou seja, reducionista, caracterizado, por separar, reduzir e fragmentar (MORIN, 2011b). A separação do corpo e alma, do sujeito e objeto, da emoção e razão, existência e essência, qualidade e quantidade traz em si a necessidade de mudança, já que também a separação do ser humano em seus aspectos biológico, social e psíquico, como componentes diversos, não responde mais às necessidades humanas (MORIN, 2011a).

Kuhn (2013) defende que o conhecimento científico segue uma sucessão de períodos até ocorrer a mudança de paradigma, passando pela fase pré-paradigmática, fase paradigmática, crise do paradigma, revolução científica para, por fim, ocorrer a mudança de paradigma. Esse processo inicia-se pelo caos, até a constituição do paradigma. O autor ressalta que apenas após a constituição do paradigma se pode caracterizar a existência de determinada ciência. Segundo o autor a ciência evolui quando um paradigma é substituído por

outro, ou seja, quando o paradigma vigente não consegue dar explicações sobre os fenômenos emergentes.

Para Morin (1996, p. 31) “o paradigma é invisível para quem sofre os seus efeitos, mas é o que há de mais poderoso sobre as suas ideias”. É um tipo de relação muito forte entre conceitos dominantes e essa relação é capaz de determinar o curso de todas as teorias e discursos que o paradigma domina. Tais abordagens acerca do conceito de paradigma são essenciais para a compreensão da distância entre o paradigma clássico, ainda prevalente nas instituições hospitalares, e o paradigma da complexidade.

Em sua obra, Morin (2010) apresenta sete princípios que compõem a teoria da complexidade, os quais são complementares e interdependentes. Auxiliando na compreensão do ser, viver e conviver em um ambiente/sistema que é possibilitado pelas múltiplas relações e interações, esses princípios permitem um olhar ampliado em relação às interações profissionais para a gestão da EPS e contribuem para a compreensão do fenômeno do estudo. São eles: Princípio sistêmico ou organizacional; Princípio holográfico; Princípio do circuito retroativo; Princípio do circuito recursivo; Princípio da autonomia/dependência (auto-eco-organização); Princípio dialógico; Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento.

3.1.1 Os princípios da Teoria da Complexidade

O Princípio Sistêmico ou Organizacional religa o conhecimento das partes com o conhecimento do todo e vice-versa. É uma oposição ao reducionismo, ao afirmar que o todo é mais e menos que a soma das partes, já que algumas das qualidades das partes podem ser ampliadas ou inibidas pelo efeito do todo sobre elas. Nesse sentido, se cada serviço (parte) de uma instituição (todo) trabalhar isoladamente, resultará numa visão reduzida do todo. Ao interagirem e integrarem-se uns aos outros, o conhecimento se amplia e, conseqüentemente, a compreensão do todo se torna possível (MORIN, 2010).

No Princípio Holográfico, cada parte contém a totalidade da informação do objeto representado, ou seja, as partes estão no todo e o todo está em cada parte. As partes podem ser eventualmente capazes de regenerar o todo e podem ser dotadas de autonomia relativa, podem estabelecer comunicações entre elas e realizar trocas organizadoras. Nesse princípio, pensa-se na instituição hospitalar e nas pessoas que desenvolvem suas atividades laborais no ambiente. Em tal cenário, a cultura organizacional exerce forte influência sobre as pessoas que

vivenciam essa organização e pode-se dizer que essa cultura está inserida nas atividades que as pessoas desenvolvem, assim como elas, ao desenvolverem essa cultura, compõem a própria organização (MORIN, 2010).

Com o Princípio do Circuito Retroativo rompe-se a causalidade linear, já que o efeito retroage sobre a causa, permitindo a autonomia organizacional do sistema. Este princípio destrói a ilusão de linearidade na aquisição do conhecimento, ou seja, os conhecimentos não se somam linearmente, mas retroagem sobre conhecimentos anteriores repensando-os em novos contextos. É necessário que o conhecimento construído tenha relação com a realidade vivenciada pelas pessoas, ou seja, é necessário tanto que este seja pertinente, quanto que os conhecimentos que as pessoas já possuem sejam considerados (MORIN, 2010).

No Princípio do Circuito Recursivo, o ser humano é produto e consequência do que produz. Esse princípio vai além da retroatividade, pois traz dinâmica autoprodutiva e auto-organizacional, ou seja, os produtos são necessários para a própria produção do processo, os estados finais são necessários para a geração dos estados iniciais. Assim, é nas e pelas interações sociais e de trabalho que os indivíduos compõem a organização ao mesmo tempo em que a organização produz indivíduos por meio de sua cultura e linguagem (MORIN, 2010).

No Princípio da autonomia/dependência (auto-eco-organização), os organismos são considerados sistemas auto-organizadores, que se autoproduzem e consomem energia para a manutenção de sua autonomia. Nesse sentido, a ideia de autonomia está diretamente relacionada à de dependência, a dependência do meio ambiente, seja ele biológico, cultural ou social. Assim, o indivíduo, para garantir sua autonomia, trabalha, despende energia e deve abastecer-se de energia em seu meio, do qual depende. Nesse aspecto, pode-se pensar que, para agir com autonomia, o indivíduo tem uma dependência externa de informação, de conhecimento, de cultura e do seu próprio meio que o nutre, sendo para isso essencial a interação dele com os outros e com o meio (MORIN, 2010), visto que são as interações entre os seres humanos que permitem a conservação da cultura e auto-organização da sociedade (MORIN, 2011a).

Os sistemas auto-organizados são complexos semiabertos (ou semifechados) que derivam seus padrões de organização das relações internas entre seus componentes. A auto-organização aparece como processo permanente e indissociável de desorganização e reorganização conforme tetragrama proposto por Morin, o qual é composto por ordem, desordem, interação e organização. Esses componentes internos de uma organização podem

constituir-se por seres humanos que vivenciam essa dinâmica dentro das instituições e são responsáveis pelo equilíbrio vital das organizações, mesmo diante das perturbações internas e externas (MORIN, 2002b).

Segundo Morin (2002b, p.205), no macroconceito sistema-interações-organização, o sistema exprime a unidade complexa e fenomenal do todo, bem como a complexidade das relações entre o todo e as partes. As interações expressam as relações, ações e retroações realizadas em um sistema e a organização, que significa “aquilo que forma, mantém, protege, regula, rege e se regenera”, representa a constituição dessas interações.

O Princípio Dialógico é a associação complexa de instâncias aparentemente opostas, porém conjuntamente necessárias à existência, ao funcionamento e ao desenvolvimento de um fenômeno organizado. Esse princípio ajuda a pensar lógicas que se contrariam e se complementam em um sistema dinâmico sem excluírem ou anularem umas às outras (ordem/desordem/organização; autonomia/dependência; indivíduo/sociedade; vida/morte) (MORIN, 2010).

Nesse contexto, o ser humano encontra-se em sua unidualidade (enquanto ser biológico e cultural) que se mostra necessária à interação entre os indivíduos imbuídos de diferentes concepções de mundo, sendo nessa tensão que todos se constituem. Na dialógica não há superação final, mas a eterna luta dos contrários, pois é esse movimento que mantém a existência. A realidade complexa é uma realidade, por necessidade, conflituosa (MORIN, 2010).

O Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento revela a religação do conhecimento àquele que o conhece, assim como do observador à observação. O conhecimento é uma reconstrução/tradução de um espírito/inteligência em um determinado momento e cultura. Pode-se afirmar que todo conhecimento contém a interferência do sujeito e a provisoriade de todo conhecimento se deve ao aparecimento de dados novos ou de novas maneiras de considerar os dados já existentes. Ou seja, não existem verdades absolutas e a interação humana é promotora de construção de novos conhecimentos ou da reformulação de outros antes evidenciados (MORIN, 2010).

As interações supõem elementos, seres ou objetos materiais que podem encontrar-se e as condições desse encontro, por sua vez, podem caracterizar-se por agitação, turbulência, fluxos contrários, etc. Essas interações obedecem a determinações/imposições que dependem da natureza dos elementos, objetos ou seres que se encontram e tornam-se, em certas

condições, inter-relações, associações, combinações, comunicação. Ou seja, dão origem a fenômenos de organização (MORIN, 2002a).

A gestão da EPS nas instituições hospitalares traz consigo a necessidade de envolvimento entre os atores que compõem esse cenário, como gestores, profissionais e pacientes, em um movimento permanente de interação que considere as suas necessidades de forma que as ações educativas possam ser compreendidas e que o conhecimento, em confronto com a realidade da instituição, promova mudanças. Para tanto, Morin (2011a) apresenta sete saberes que julga fundamentais para a educação, os quais serão apresentados a seguir.

3.1.2 Os saberes necessários à educação

No início do século XX, influenciado pela teoria da relatividade de Albert Einstein (1858-1947), pela mecânica quântica de Max Planck (1879-1955) e pela teoria do caos, Edgar Morin definiu os sete saberes necessários à educação que serviram como base na condução desse estudo: o erro e a ilusão; as incertezas; o conhecimento pertinente; a condição humana; a compreensão humana; a identidade terrena e a ética (MORIN, 2011a).

O cenário atual, composto por constantes mudanças, inovações, transformações, informatização, descobertas científicas e avanços tecnológicos, traz indagações e incertezas em relação ao conhecimento, visto que ele revela em si o risco do *erro e da ilusão* por não ser um reflexo da realidade, mas sim a sua interpretação e reconstrução por uma determinada pessoa (MORIN, 2002b).

No entanto, a valorização do erro enquanto instrumento de aprendizagem torna-se essencial, considerando que não se pode conhecer realmente algo sem antes passar por equívocos ou ilusões. A mesma lógica é utilizada no enfrentamento das *incertezas*, visto que não poderá haver avanço do saber se existir apenas certezas (MORIN, 2011a).

Desta forma, a incerteza é essencial para que o conhecimento possa evoluir, expandir, transformar. Tratar do princípio da incerteza não significa ignorar a existência e importância das certezas do conhecimento. Porém, considerar a incerteza na realidade significa que existe algo possível invisível nessa realidade (MORIN, 2002b).

As incertezas possibilitam pensar complexamente fatos, ideias, realidades em concepções inacabadas. Nesse tocante, a certeza e a incerteza mantêm um movimento dialógico e interdependente. As certezas impedem o relativismo do conhecimento enquanto a

incerteza revela a incompletude e a provisoriedade daquilo que sabemos, sem negar a importância do já sabido (MARTINAZZO; DRESC, 2013).

Assim, considerar as incertezas no campo da saúde possibilita às pessoas que vivenciam e interagem nesse cenário a descoberta de outras possibilidades além das que estão postas. É preciso considerar as certezas, porém ter a compreensão de que as verdades não são absolutas, ou seja, de que o conhecimento pode ser mutável (incerteza) e essas mudanças dependem do questionamento à realidade e do movimento das pessoas que a vivenciam.

Nesse sentido, Morin (2011a) coloca que o conhecimento precisa fazer sentido ao homem e estar contextualizado em um dado tempo e realidade. É o que chama de conhecimento pertinente, visto que o importante para a compreensão não é acumular conhecimento, mas articulá-lo e relacioná-lo com a realidade vivenciada. Esse movimento possibilita questionar a realidade, as verdades e as certezas, iniciando a busca por outras possibilidades.

Assim sendo, a complexidade humana depende do conhecimento pertinente, ou seja, de um conhecimento que seja capaz de rearticular a ideia da disciplina em contrapartida à fragmentação que vivenciamos. Segundo Morin (2011a), o mundo atual exige um pensamento policêntrico, no qual seja possível ter a visão do todo e entendimento das diferenças e diversidades, considerando que o mundo é, ao mesmo tempo, uno e fragmentado (MORIN, 2011a).

Morin (2011a) acredita que é necessário ensinar ao ser humano a *condição humana*, ou seja, a condição do ser humano enquanto ser biológico e social (unidual) pertencente a uma sociedade e a uma espécie. O ser humano, enquanto ser social, está na sociedade assim como a sociedade se revela nele por meio da cultura. Da mesma forma, a espécie se concretiza no ser humano ao mesmo tempo em que depende dele para se perpetuar. A interação dessa tríade representada por indivíduo-sociedade-espécie revela uma relação de autonomia e dependência.

Em seguida, Morin (2011a) traz a compreensão humana como elemento essencial para a educação. É preciso compreender igualmente as condições objetivas e subjetivas da natureza humana, isto é, a compreensão exige consciência da complexidade humana. Pode-se dizer que para compreender determinado fenômeno é necessário emergir e submergir no contexto da singularidade de cada ser humano e nas complexas relações, interações e inter-relações que estabelece consigo mesmo, com o meio e com os outros. Nesse sentido, a

compreensão precisa ser meio e fim na comunicação humana, sendo essencial o respeito às ideias e modelos de vida de outras pessoas.

Diante da globalização, do desenvolvimento técnico-industrial e técnico-econômico crescente, Morin (2011a) chama a atenção para a necessidade de um desenvolvimento humano, intelectual, afetivo e moral que respeite as diversidades culturais e evidencie a identidade terrena do ser humano. Para tanto, torna-se essencial conviver junto respeitando e preservando as diversidades culturais. É preciso focar na interação dos seres humanos enquanto seres terrenos com objetivo de condicionar, melhorar e compreender o meio em que vivemos, não apenas o dominar (MORIN, 2011a).

Esse processo deve considerar o passado e não o ignorar, visto que é no encontro com o passado que o ser humano encontra a energia para vivenciar o presente e planejar o futuro. O passado e futuro devem se complementar, a inovação não deve ser antagônica ao que foi vivenciado, mas buscar nessa vivência subsídios importantes, experiências positivas que podem contribuir para a construção do futuro (MORIN, 2011a).

A antropo-ética, então, permite a reflexão da responsabilidade do ser humano com a sociedade e a espécie. A ética que conduz cada indivíduo repercute na espécie humana e no planeta. Assim, nessa era de globalização e capitalismo exacerbado, a saúde não pode ser vista como mercadoria, visto que a lógica da instituição hospitalar não é o lucro, e, portanto, esta não pode ser considerada uma ‘empresa’, independente de a iniciativa ser pública ou privada. Esse deve ser um espaço compartilhado de produção de saúde e novos modelos de cuidados que tenham como foco o bem estar social e humanitário (MORIN, 2011a).

No entanto, quanto mais a sociedade avança em relação ao conhecimento tecnológico e científico, maior o distanciamento do ser humano de sua humanidade. Ao se considerar o sistema de saúde, o principal desafio é desenvolver/favorecer a interdisciplinaridade, já que as instituições hospitalares são organizações complexas e constituem-se de um cenário que favorece as relações humanas, ao mesmo tempo em que é palco de conflitos e disputas de poder.

O pensamento complexo, por isso, é capaz de contribuir com o olhar da integração, da interação, da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade. Isso é relevante à medida que se considera que há um desafio maior para a expansão do conhecimento para além das barreiras estabelecidas pelo homem social, essencial à gestão da EPS diante da necessidade de um pensamento organizado a partir do contexto e do complexo.

O pensamento complexo propõe essa transcendência do modelo vigente de gestão e, para tanto, prevê uma reforma do pensamento. A mudança do pensar não começa com práticas, mas com novos modelos teóricos com o objetivo de resgatar o processo de aprendizagem organizacional para construção e reconstrução das organizações (MORIN, 2010). Essa nova forma de pensar poderá construir um sistema gerencial baseado na teoria da complexidade, no qual os gestores terão o desafio de criar um ambiente de interação, troca, aprendizagem permanente, inovação e alinhamento de objetivos (pessoais e organizacionais).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo possui abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa busca produzir resultados não alcançados por procedimentos estatísticos ou por outros meios de quantificação e tem como objetivo estudar a vida das pessoas, as experiências vividas, seus comportamentos e emoções, como também o funcionamento organizacional, os movimentos sociais e os fenômenos culturais (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Neste estudo, foi utilizada a Teoria Fundamentada em Dados (doravante TFD), ou *Grounded Theory*, como método de coleta e análise dos dados. Esse método vem se fortalecendo em vários países, sendo utilizado por pesquisadores de diferentes áreas. No Brasil, a TFD é utilizada especialmente em pesquisas de pós-graduação na área da saúde e enfermagem, o que possibilita a produção de conhecimento nessas áreas com rigor metodológico e com potencial para subsidiar e modificar a prática profissional (KOERICH *et al*, 2018; SANTOS *et al*, 2016).

Existem três resultados possíveis quando se utiliza a pesquisa qualitativa, sendo eles a descrição, a ordenação conceitual e a teoria. A finalidade da TFD é a construção de uma teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015), a partir de um conjunto de ideias abstratas que, quando reunidas, trazem uma explicação aprofundada sobre os seres humanos e o contexto em que estão inseridos.

A TFD possui base no Interacionismo Simbólico, o qual compreende a realidade a partir do conhecimento, da percepção ou do significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa (MELO; CUNHA, 2010). No entanto, tal teoria não representa o único referencial capaz de validar a TFD como método de investigação científica (SANTOS *et al*, 2016).

A origem da TFD é resultado do trabalho de dois sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss, na década de 1960. Com a publicação da obra *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative reseach* (1967), Glaser e Strauss apresentaram estratégias metodológicas para construção de teorias por meio de um processo contínuo e sistemático de coleta e análise de dados (ENGWARD, 2013) a partir da observação da forma como ocorria o processo da morte em diversos ambientes hospitalares. A pesquisa buscou saber como e quando os profissionais e pacientes terminais tinham conhecimento do processo de morrer e a forma como lidavam com essa informação (CHARMAZ, 2014).

A TFD foi concebida com a influência da pesquisa qualitativa por parte de Strauss e da pesquisa quantitativa por parte de Glaser (STRAUSS; CORBIN, 2008). O processo da sua criação buscou o desenvolvimento de um método de superação de estudos descritivos por meio da exploração de modelos teóricos explicativos (STERN, 2009). Ao longo do tempo, Glaser e Strauss passaram a conduzir cada vez mais a TFD em direções relativamente divergentes, uma vez que Strauss, juntamente com a enfermeira Juliet M. Corbin, publicou o livro *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory* em 1990, traduzido para o português, em 2008, sob o título *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para teoria fundamentada*, o qual apresentou a incorporação de instrumentos de análise de dados ao processo de pesquisa (CHARMAZ, 2009).

Atualmente, há três concepções teórico-epistemológicas principais que decorrem da TFD, a saber: clássica, estruturalista e construtivista. O trabalho de Glaser foi classificado como TFD Clássica. Já a proposta de Strauss e Corbin, com uma perspectiva qualitativa estruturada, é conhecida como estruturalista. Por sua vez, Kathy Charmaz defende a versão construtivista da TFD (HALL, GRIFFITHS, MCKENNA, 2013).

Este estudo utilizará a vertente estruturalista da TDF, que vem sendo conduzida por Corbin após falecimento de Strauss em 1996 e que tem sofrido adaptações no processo analítico, exigindo que pesquisadores compreendam as diferentes possibilidades de aplicação do método. A nova proposta foi publicada no livro *Basics of Qualitative research: Techniques and procedures for developing Ground Theory*, na 4ª edição, em 2015, a qual apresenta algumas mudanças, dentre as quais se destaca a revisão de literatura para embasar teoricamente o processo analítico, assim como uma nova estrutura de análise e apresentação do paradigma⁴ (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A versão estruturalista da TFD oferece um método mais estruturado e um conjunto de ferramentas que ajudam a sensibilizar o investigador para a descoberta de novos conceitos. Além disso, a concepção estruturalista é caracterizada pelo equilíbrio entre a subjetividade e a objetividade, buscando a construção de um esquema lógico e explicativo a respeito dos fenômenos a partir da relação entre processos indutivos⁵ e dedutivos⁶ (STRAUSS; CORBIN, 2008).

⁴ Estrutura que organiza os conceitos por meio de componentes a fim de sustentar a teoria substantiva.

⁵ Os processos indutivos buscam elaborar conceitos a partir dos dados.

⁶ Os processos dedutivos buscam gerar hipóteses que se relacionam aos conceitos.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estado de Santa Catarina possui 13 instituições hospitalares sob a administração pública direta. A fim de selecionar a instituição do estudo, buscou-se primeiramente contato com a Diretoria de Educação Permanente em saúde (DEPS) na Secretaria do Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina com o objetivo de obter informações sobre a atuação do NEP nas instituições hospitalares do estado.

Os critérios para a seleção da instituição participante foram:

- a) o NEP deveria apresentar interação (desenvolvimento de ações conjuntas) com outros setores-chave na instituição, ou seja, com responsáveis pela gestão de metas de segurança e qualidade da assistência, como a SCIH, o NSP, o NE e o NQ;
- b) gestores e profissionais deveriam buscar práticas inovadoras nas ações de educação (ações *in loco*; simulação);
- c) a instituição deveria possuir infraestrutura adequada (ambientes, materiais e equipamentos para simulação/ações *in loco*) para o desenvolvimento de tais práticas.

Desta forma, após análise dos critérios de seleção, uma instituição hospitalar (Hospital A) foi escolhida para início da coleta de dados. No decorrer do processo de coleta e análise, de forma a responder às questões e às hipóteses levantadas, outras duas instituições hospitalares foram incluídas no estudo, além de um núcleo gestor da SES. O Quadro 2 apresenta a caracterização das instituições participantes.

Quadro 2 – Caracterização das instituições participantes do estudo

Instituição	Quanto ao tipo de Assistência	Quanto ao Porte	Hospital de Ensino	Hospital Sentinela	Cidade	Região
Hospital A	Geral	Grande	Não	Sim	Lages	Planalto
Hospital B	Geral	Grande	Sim	Sim	Joinville	Norte
Hospital C	Geral	Grande	Não	Sim	Florianópolis	Leste
SES	X	X	X	X	Florianópolis	Leste

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

É preciso destacar que a escolha do Hospital B, do Hospital C e do núcleo gestor da SES foi resultado da Amostragem Teoria, que será detalhada no próximo tópico. Cabe ressaltar que esses hospitais compõem a Rede Sentinela e são todos hospitais gerais de grande

porte (possuem 206, 260 e 300 leitos, respectivamente), sendo que o Hospital A não possui unidade de emergência, e o Hospital B dispõe, além da residência médica, da residência multiprofissional.

As instituições participantes foram contatadas com antecedência ao início da coleta de dados e a autorização de concordância com a pesquisa foi solicitada ao responsável pela instituição por meio de ofício assinado (Anexo A, B, C, D).

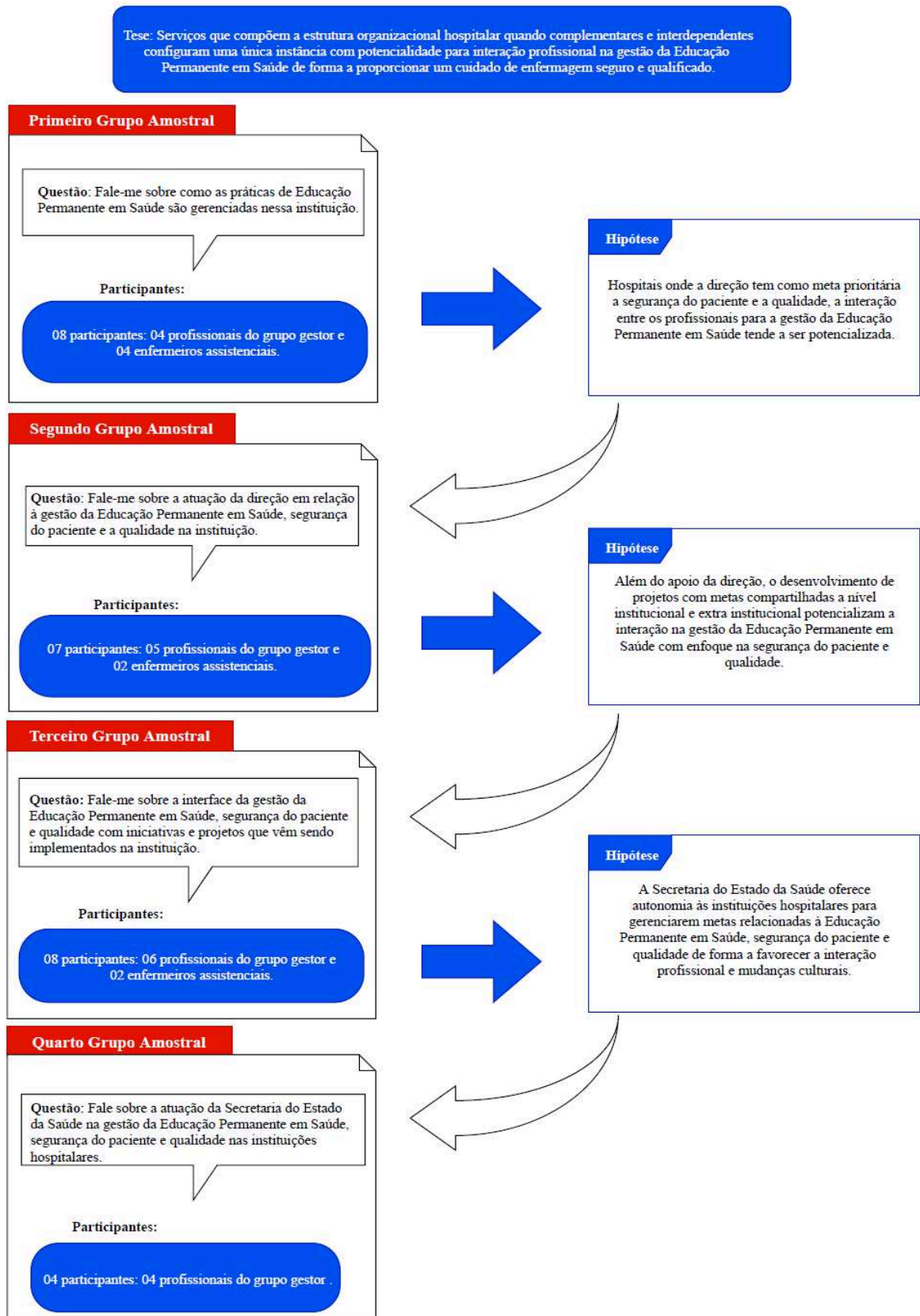
4.3 AMOSTRAGEM TEÓRICA

A TFD permite buscar locais, pessoas ou fatos que oportunizem a descoberta dos fenômenos investigados. A amostra teórica avança, torna-se mais objetiva e focada à medida que a pesquisa progride, até que nenhum dado novo ou importante surja (saturação teórica) e que as categorias estejam bem desenvolvidas em suas propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A amostragem teórica é construída circularmente, considerando que a coleta e análise dos dados ocorrem simultaneamente. Isso permite que a construção de conceitos que remetem o pesquisador a novos questionamentos ou hipóteses possa ser respondida com nova coleta de dados. Não se pode determinar a amostragem teórica antes do início do processo de coleta e análise de dados visto que esta é guiada pelos dados conforme avança a compreensão do fenômeno estudado. Portanto, o número de grupos amostrais, ou seja, de grupos de participantes específicos, não pode ser previamente determinado (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Os participantes foram organizados em quatro grupos amostrais direcionados pelas questões e hipóteses levantadas após a análise dos dados do(s) grupo(s) anterior(es), conforme exemplifica a Figura 2.

Figura 2 – Representação gráfica da amostragem teórica



Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

4.3.1 Participantes do estudo

Totalizaram 27 pessoas os participantes do presente estudo, entre enfermeiros assistenciais, e profissionais do grupo gestor, dentre estes, coordenadores, gerentes e diretores envolvidos com a temática do estudo, atuantes em três instituições hospitalares públicas com administração direta e na SES do estado Santa Catarina.

O critério de inclusão na pesquisa foi o participante possuir experiência mínima de um ano na instituição e/ou ter algum envolvimento com a temática do estudo. Já o critério de exclusão foi não ter apresentado disponibilidade para realização da entrevista. Neste caso, citam-se os diretores das instituições participantes.

Foram apresentados aos entrevistados os objetivos e a relevância do estudo, assegurando o anonimato das respostas. Após a autorização dos participantes por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), as entrevistas foram gravadas em áudio digital de voz para posterior transcrição. Todas as entrevistas aconteceram pessoalmente no local de trabalho dos participantes, em local reservado. As entrevistas tiveram duração média de 1 hora e 30 minutos.

A entrada em campo se deu a partir do Hospital A, onde foram entrevistados oito participantes que compuseram o **primeiro grupo amostral**, os quais foram representados pelas letras “ET” seguidas do número respectivo à ordem da entrevista (“ET1”, “ET2”, e assim sucessivamente). Conforme a coleta e a análise dos dados foram prosseguindo, novas questões e hipóteses foram sendo levantadas e foi necessário buscar outras instituições e participantes. Por isso, no Hospital B foram entrevistados sete participantes que compuseram o **segundo grupo amostral** e foram representados pelas letras “EH” seguidas do número respectivo à ordem da entrevista (“EH1”, “EH2”, e assim sucessivamente). No Hospital C, foram entrevistados oito participantes que compuseram o **terceiro grupo amostral**, representados pelas letras “ER” seguidas do número respectivo à ordem da entrevista (“ER1”, “ER2”, e assim sucessivamente). Diante da necessidade de esclarecer algumas questões e hipóteses relacionadas à macrogestão estadual, o **quarto grupo amostral** foi composto por quatro participantes atuantes na SES, sendo representados pelas letras “ES” seguidas do número respectivo à ordem da entrevista (“ES1”, “ES2”, e assim sucessivamente), conforme ilustra o Quadro 3.

Quadro 3 – Apresentação dos grupos amostrais

Local do estudo	Grupo amostral (GA)	Número de Participantes	Especificação do Participante	Identificação da Entrevista
Hospital A	Primeiro GA	08 participantes	04 profissionais do grupo gestor e 04 enfermeiros assistenciais	ET1, ET2, ET3...
Hospital B	Segundo GA	07 participantes	05 profissionais do grupo gestor e 02 enfermeiros assistenciais	EH1, EH2, EH3...
Hospital C	Terceiro GA	08 participantes	06 profissionais do grupo gestor e 02 enfermeiros assistenciais	ER1, ER2, ER3...
SES	Quarto GA	04 participantes	04 profissionais do grupo gestor	ES1, ES2, ES3...

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

4.3.2 Coleta e análise de dados

Na pesquisa qualitativa, as entrevistas podem ser classificadas como não estruturadas, semiestruturadas e estruturadas (CORBIN, STRAUSS, 2015). Apesar de admitir a possibilidade da utilização de entrevistas semiestruturadas e estruturadas (CORBIN, STRAUSS, 2015), a vertente estruturalista da TFD recomenda o uso da entrevista não estruturada como técnica de coleta de dados, sob o argumento de que entrevistas estruturadas levam o informante a responder sem reflexão apenas aos tópicos abordados, impossibilitando o surgimento de dados relevantes que pudessem orientar o caminhar da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, Corbin e Strauss (2015) defendem que a entrevista não estruturada permite ao pesquisador maior liberdade para explorar ao máximo o significado das expressões relatadas pelo participante, bem como elaborar as hipóteses a partir de seu conhecimento, experiência e sensibilidade teórica. Nesse caso, a sensibilidade teórica está relacionada à capacidade de ouvir e respeitar cuidadosamente os participantes e os dados que eles fornecem.

As entrevistas ocorreram entre os meses de junho e dezembro de 2018 e iniciavam com uma questão norteadora, de forma a dar liberdade ao participante para se expressar sobre o tema: **Fale-me sobre como as práticas de EPS são gerenciadas nessa instituição.** Após, outras questões foram sendo aplicadas para explorar os significados por meio de entrevista em profundidade. À medida que o processo de coleta e análise foi avançando, as entrevistas foram se tornando mais estruturadas, com questões direcionadas a responder às hipóteses e aprofundar os conceitos que foram sendo identificados. As hipóteses visam esclarecer o

objeto do estudo e são respondidas com novas entrevistas de forma a desenvolver a teoria substantiva (CORBIN, STRAUSS, 2015; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, a partir da análise dos dados do primeiro grupo amostral (profissionais e gestores do Hospital A percebeu-se uma forte interação entre os coordenadores dos serviços de apoio, incluindo o NEP, porém essa interação não se estendia aos profissionais assistenciais e à direção do hospital. Isso evidenciava um distanciamento que dificultava a adesão dos profissionais assistenciais às ações de EPS, segurança e qualidade, e o envolvimento e apoio da direção nessas ações. Dessa análise surgiu a hipótese de que, em hospitais onde a direção tem como meta prioritária a segurança do paciente e a qualidade, a interação entre os profissionais para a gestão da EPS tende a ser potencializada. Essa hipótese direcionou a coleta de dados para o segundo grupo amostral (profissionais e gestores do Hospital B), na qual as entrevistas tiveram a questão inicial com a seguinte formulação: **Fale-me sobre atuação da direção em relação à gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade na instituição.**

A análise dos dados do segundo grupo amostral revelou um envolvimento maior da direção nos processo de gestão da EPS, segurança e qualidade, estimulada por iniciativas extrainstitucionais, como a residência multiprofissional e o projeto PROADI-SUS. Nesse sentido, surgiu a necessidade de confirmar se em outras instituições essas iniciativas apresentavam o mesmo impacto, originando a hipótese de que, além do apoio da direção, o desenvolvimento de projetos com metas compartilhadas a nível institucional e extrainstitucional potencializa a interação profissional na gestão da EPS com enfoque na segurança do paciente e qualidade. A pesquisadora foi direcionada para um terceiro grupo amostral (profissionais e gestores do Hospital C), em que as entrevistas foram iniciadas com a seguinte questão: **Fale-me sobre a interface da gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade com iniciativas e projetos que vêm sendo implementados na instituição.**

A análise dos dados do terceiro grupo amostral mostrou que, por mais que o envolvimento da direção e o desenvolvimento de projetos extrainstitucionais potencializem a interação profissional para a gestão da EPS, segurança e qualidade, a estrutura organizacional e a cultura institucional são importantes fatores que impactam nessa interação. Foi observado que os hospitais possuem certa autonomia gerencial e, como consequência, possuem estruturas e culturas diferenciadas. Nesse sentido, surgiu como hipótese que a SES oferece autonomia às instituições hospitalares para gerenciarem metas relacionadas à EPS, segurança do paciente e qualidade de forma a favorecer a interação profissional e mudanças culturais.

Assim, um quarto grupo amostral foi constituído com pessoas vinculadas a um grupo gestor da SES e teve como questão norteadora das entrevistas a seguinte sentença: **Fale-me sobre a atuação da SES na gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade nas instituições hospitalares.**

A análise dos dados do quarto grupo amostral ressaltou a autonomia gerencial dada pela SES aos hospitais, consolidou e confirmou os principais achados que estavam em análise. Assim, com 27 entrevistas e quatro grupos amostrais, atingiu-se a saturação teórica.

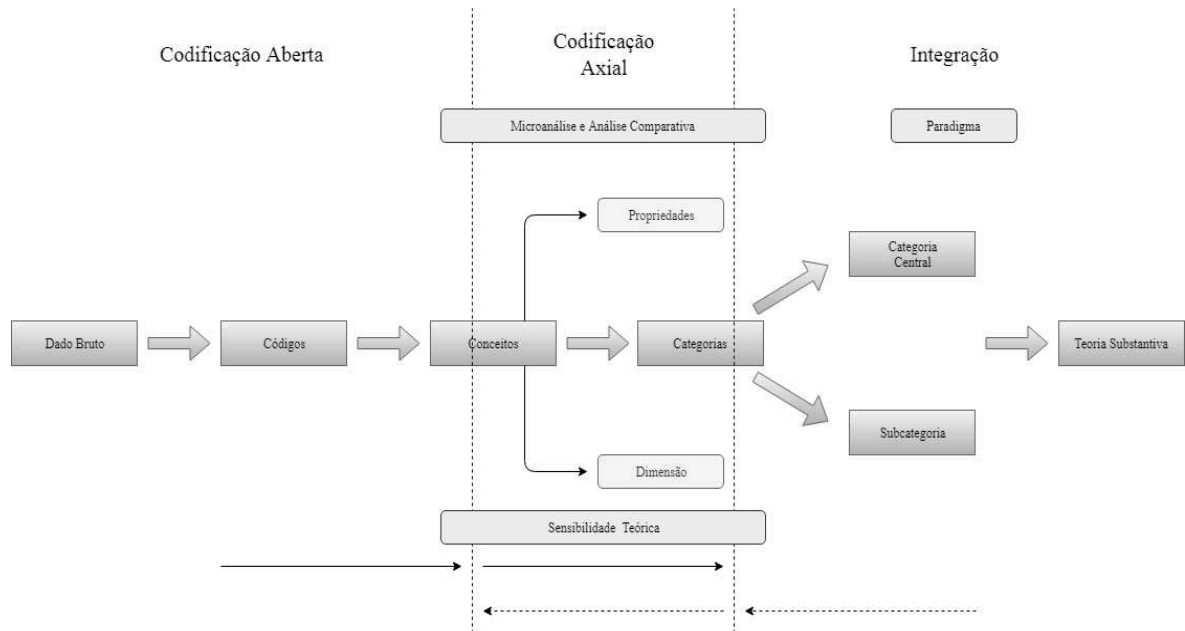
A análise de dados ocorreu por meio de três etapas interdependentes na perspectiva estruturalista da TFD, em que o cumprimento de uma não necessariamente implica impedimento de retornar à primeira. Essas três etapas são denominadas codificação aberta, codificação axial e de integração. A codificação objetiva apresentar conceitos que representam o significado do fenômeno por meio da análise comparativa⁷ e da microanálise⁸, ou seja, uma estrutura teórica será construída a partir dos significados mostrados na categoria central, nas demais categorias e nas respectivas interpelações, gerando a teoria substantiva (CORBIN; STRAUSS, 2015), conforme está representado na Figura 3.

A análise comparativa propõe-se a examinar um dado comparando-o a outros dados, dentro e entre documentos, a ponto de verificar suas semelhanças e diferenças (GLASER; STRAUSS, 1967). Assim, dados que parecem ser conceitualmente semelhantes são agrupados sob um rótulo conceitual. A análise comparativa permite reduzir dados a conceitos e desenvolvê-los então em suas propriedades, dimensões (CORBIN; STRAUSS, 2015).

⁷ Os incidentes são constantemente comparados por suas similaridades e diferenças.

⁸ Análise detalhada dos dados em torno de um conceito buscando suas propriedades e dimensões.

Figura 3 – Representação do processo analítico na vertente estruturalista da TFD



Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Na etapa de codificação aberta, as entrevistas foram codificadas linha a linha. Alguns incidentes⁹ e códigos *in vivo*¹⁰ foram identificados e, com a interpretação do significado dos códigos, alguns conceitos¹¹ foram sendo delineados. Os memorandos começaram a ser construídos a fim de sustentar o processo de análise e foram levantados novos questionamentos e hipóteses sobre os dados (CORBIN; STRAUSS, 2015). Essa etapa foi exemplificada no Quadro 4.

Quadro 4 – Exemplo de codificação aberta

Dado Bruto	Código	Conceito
Quando a gente está do lado de lá a gente tem uma outra visão, e na verdade lá na assistência a gente se coloca muito distante da parte administrativa, você não participa de certa forma, desse momento administrativo, você não entende muito bem, não tem esse entendimento do que é que essas pessoas fazem do lado de cá.	Estando do 'lado de lá'; Ficando muito distante; Tendo outra visão do hospital; Querendo entender o 'lado de cá';	Colocando-se distante do processo gerencial. Percebendo as coisas sob um ponto de vista diferente.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

⁹ Representa a unidade amostral que o pesquisador utiliza para analisar os dados.

¹⁰ São conceitos usando as palavras reais dos participantes da pesquisa que trazem o significado do discurso.

¹¹ Palavras usadas para representar o significado interpretado nos dados.

Na etapa de codificação axial, os conceitos identificados foram sendo desenvolvidos em suas propriedades¹² e dimensões¹³. A comparação entre os dados e entrevistas foi um processo constante. Novos questionamento e hipótese foram sendo levantados com o intuito de aprofundar os conceitos. Iniciou-se uma tentativa de identificação das primeiras categorias (CORBIN; STRAUSS, 2015). O Quadro 5 apresenta exemplo dessa etapa.

Quadro 5 – Exemplo de codificação axial

Conceito	Categoria
Colocando-se distante do processo gerencial. Percebendo as coisas sob um ponto de vista diferente.	Vivenciando a dicotomia entre a estrutura assistencial e a gerencial.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Na etapa de integração ocorreu a relação entre as categorias, em que a categoria central foi identificada e as demais categorias foram relacionadas a esta, conforme Quadro 6. Houve o refinamento e aperfeiçoamento da teoria, ressaltando a revisão dos memorandos e diagramas e o uso do diagrama integrativo. Por fim, o resumo descritivo foi incorporado à teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Os conceitos podem ser classificados de acordo com o nível de abstração. Os conceitos de nível básico fundamentam a teoria por estarem próximos aos dados. Estes fornecem o detalhamento e a variação que tornam a teoria relevante. Já os conceitos com nível mais alto de abstração (categorias) estruturam a teoria. Quanto maior a abstração, maior o poder explicativo do conceito, apesar da perda de sua especificidade. No final, uma teoria bem elaborada é um compilado de detalhes e abstrações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

É importante compreender que a descrição é a base para uma interpretação mais abstrata. A descrição já incorpora conceitos, pelo menos implicitamente. Assim, embora a descrição não seja claramente uma teoria, a descrição é base para a teorização. A teoria denota um conjunto de categorias bem desenvolvidas, interligadas através de declarações de relacionamento para formar um quadro teórico que explica algo sobre um fenômeno. É este último passo de integração de conceitos em torno de um conceito central que eleva a descrição ou ordenação conceitual ao nível da teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015).

¹² Características ou qualidades de conceitos que definem, dão especificidade, e diferenciam um conceito de outro.

¹³ O alcance sobre o qual uma propriedade pode variar.

A Categoria Central ou *Core Category* representa o que os pesquisadores determinam como o tema central do estudo, sendo que resume em poucas palavras a essência dele. Essa categoria é constituída de um conceito abstrato e amplo o suficiente que possa ser representativo aos participantes do estudo. Além disso, se comparada às outras categorias, a categoria central é aquela que apresenta maior poder explicativo e maior capacidade de relacionar todas as outras categorias e conceitos, integrando-os em torno de si. Pode não ser a única explicação derivada dos dados, mas oferece uma lógica aceitável (CORBIN; STRAUSS, 2015). Neste estudo, a categoria determinada como categoria central foi **Vislumbrando a interação multiprofissional sustentada pela tríade EPS, Segurança do Paciente e Qualidade.**

Quadro 6 – Exemplo da etapa de Integração

Categoria	Subcategoria
Deparando-se com a exigência da implantação de ações de segurança e qualidade nas instituições públicas de saúde.	Revelando questões inerentes ao serviço público de saúde. Estruturando os serviços de apoio Vislumbrando a interação dos serviços de apoio.
Sentindo a influência da estrutura organizacional no processo de interação entre os profissionais.	Vivenciando a dicotomia entre a estrutura assistencial e a gerencial. Evidenciando a estrutura relacional.
Precisando que as ações de EPS, segurança e qualidade sejam prioridade de gestão.	Reconhecendo a importância do apoio do gestor às ações de EPS, segurança e qualidade. Desvelando a atuação da SES na gestão da EPS, segurança e qualidade.
Recebendo estímulo externo.	Potencializando a interação profissional a partir da residência multiprofissional Ressaltando o impacto da tutoria de instituições referência.
Percebendo o protagonismo do enfermeiro nas ações de segurança e qualidade.	Destacando iniciativas do enfermeiro para segurança do paciente Buscando fortalecer a liderança do enfermeiro na gestão da EPS.
Necessitando de uma mudança de paradigma.	Desenvolvendo a cultura de EPS, de segurança e da qualidade. Emergindo a essencialidade da interação interdisciplinar para mudança de cultura nas instituições.
Categoria Central ou <i>Core Category</i>	
Vislumbrando a interação multiprofissional sustentada pela tríade EPS, Segurança do Paciente e Qualidade.	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Os dados foram organizados no *software* NVIVO®¹⁴ versão 12. Apesar das críticas (GOMES *et al*, 2015; CORBIN; STRAUSS, 2015) referentes ao possível distanciamento dos dados por parte do pesquisador, a utilização do *software* é um importante auxílio no processo de análise por facilitar a organização dos dados diante do elevado número de códigos e categorias (KOERICH *et al*, 2018). Cabe ressaltar que os *softwares* não substituem o pesquisador no processo de análise, ou seja, não são capazes de realizar o processo de análise propriamente dito.

Os memorandos e diagramas são recursos essenciais no processo de coleta e análise dos dados, assim como na construção da teoria substantiva. Os memorandos são considerados registros de análise do pesquisador, constituem-se de descrições do pensamento abstrato a respeito dos dados e possibilitam ainda ao pesquisador interpretar os dados e criar inferências por meio do estabelecimento hipotético e desenvolvimento de novos conceitos, os quais podem ser incorporados àqueles anteriormente elaborados. Já os diagramas são representações gráficas das relações entre os conceitos que devem ser construídos para o desenvolvimento da teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015; STRAUSS; CORBIN, 2008).

À medida que a pesquisa transcorre, os memorandos e diagramas mostram maior profundidade e complexidade do pensamento, refletindo a evolução teórica. O esclarecimento de conceitos e das principais linhas de desenvolvimento auxilia na construção de uma teoria concisa. Com o esquema geral delimitado por esses instrumentos, o pesquisador tem melhor condição de redigir a teoria (STRAUSS; CORBIN, 1990). As Figuras 4, 5, 6, 7 apresentam exemplos de memorandos e diagramas utilizados neste estudo.

¹⁴ O NVivo é um *software* que auxilia na organização e análise de dados. Disponível em: www.qsrinternational.com

Figura 4 – Memorando ‘Do lado de cá, do lado de lá’

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DE SC.nvp - NVivo 12 Pro

Arquivo Início Importar Criar Explorar Compartilhar

Área de transferência Área de transferência

Propriedades Abrir Adicionar ao conjunto Criar como código Criar como casos

Consulta Visualizar

Autocodificar Código de intervalo Descodificar

Classificação de caso Classificação de arquivo

Modo de exibição de detalhes Ordenar por Desacoplar Modo de exibição de navegação Modo de exibição de lista Localizar

Espaço de trabalho

Memos Pesquisar Projeto

Nome	Códigos	Referência
A CORESPONSABILIZAÇÃO E O PAPEL DA COBRANÇA	0	0
A CULTURA INSTITUCIONAL	0	0
A EPS COMO MOVIMENTO DE INTERAÇÃO	0	0
A PIRÂMIDE DE MASLOW	1	1
A UNIFORMIZAÇÃO E PADRONIZAÇÃO DAS AÇÕES	1	1
A VALORIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO	2	2
AS RODAS DE CONVERSA	0	0
ASSISTENCIAL X GERENCIAL	1	1
CARGOS POLITICOS NA GESTÃO	0	0
COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS INTERINSTITUCIONAIS	0	0
CRUZAMENTO DE DADOS	0	0
DISPUTAS DE PODER	0	0
DO LADO DE CÁ DO LADO DE LÁ	0	0
ESPECIALIZAÇÃO X GENERALIZAÇÃO	0	0
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E A INTERAÇÃO PROFISSIONAL	1	1
ESTRUTURA RELACIONAL	1	1
FAZENDO A DEVOLUTIVA PARA A PRÁTICA	0	0
FORÇAS OCULTAS	0	0
O APOIO FINANCEIRO DA GESTÃO	0	0
O DISCURSO E A PRÁTICA	0	0

Em Nós Codificar em Digite o nome do nó (CTRL+Q)

16.10.2018

É importante pensar que a demanda não pertence apenas a quem está "do lado de lá" (assistência) ou "do lado de cá" (administrativo). Essa demanda é institucional. Quando se tem como foco o usuário, suas necessidades e a qualidade da assistência de uma forma global, o que importa é o resultado das ações e não necessariamente quem a realiza. Penso que seria interessante uma atuação conjunta, essa é a interação que se busca e se faz necessária na gestão das práticas de EPS.

Quando se deixa apenas para o profissional "de lá" a responsabilidade de agir quando achar conveniente se dá a ele a oportunidade de escolha de fazer ou não determinada ação. Porém se essa ação for essencial para o alcance dos resultados institucionais não caberia ao profissional escolher fazer-la ou não. Fazê-la nesse caso seria uma obrigatoriedade, porém, algo só se torna obrigatório quando alguma lei, ou regra, ou norma o rege.

O NUSEP surge em um contexto de obrigatoriedade de ações essenciais para que objetivos maiores relacionados a segurança do paciente sejam alcançados. Nesse caso essa obrigatoriedade pode ser visto como algo positivo considerando que a liberdade de escolha de fazer ou não por vezes atrapalha ou impede o processo de acontecer.

23:05 18/03/2019

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Figura 5 – Memorando ‘O discurso e a prática’

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DE SC.nvp - NVivo 12 Pro

Arquivo Início Importar Criar Explorar Compartilhar

Área de transferência Área de transferência

Propriedades Abrir Adicionar ao conjunto Criar como código Criar como casos

Consulta Visualizar

Autocodificar Código de intervalo Descodificar

Classificação de caso Classificação de arquivo

Modo de exibição de detalhes Ordenar por Desacoplar Modo de exibição de navegação Modo de exibição de lista Localizar

Espaço de trabalho

Memos Pesquisar Projeto

Nome	Código	Referên
COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS INTERINSTITUCIONAIS	0	0
CRUZAMENTO DE DADOS	0	0
DISPUTAS DE PODER	0	0
DO LADO DE CÁ DO LADO DE LÁ	0	0
ESPECIALIZAÇÃO X GENERALIZAÇÃO	0	0
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E A INTERAÇÃO PROFISSIONAL	1	1
ESTRUTURA RELACIONAL	1	1
FAZENDO A DEVOLUTIVA PARA A PRÁTICA	0	0
FORÇAS OCULTAS	0	0
O APOIO FINANCEIRO DA GESTÃO	0	0
O DISCURSO E A PRÁTICA	0	0
O FATOR HUMANO	1	1
O PACIENTE NO CENTRO DO CUIDADO	0	0
O PAPEL DA SES NA GESTÃO DOS HOSPITAIS	0	0
O PAPEL DO ENFERMEIRO EDUCADOR	2	2
O PROAD E A RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL COMO POTENCIALIA	0	0
PLANEJAMENTO PARA GESTÃO	0	0
RESOLVENDO UM PROBLEMA QUE CRIEI	0	0
SILIOS	0	0
TEORIA E PRÁTICA	0	0

Em Nós Codificar em Digite o nome do nó (CTRL+Q)

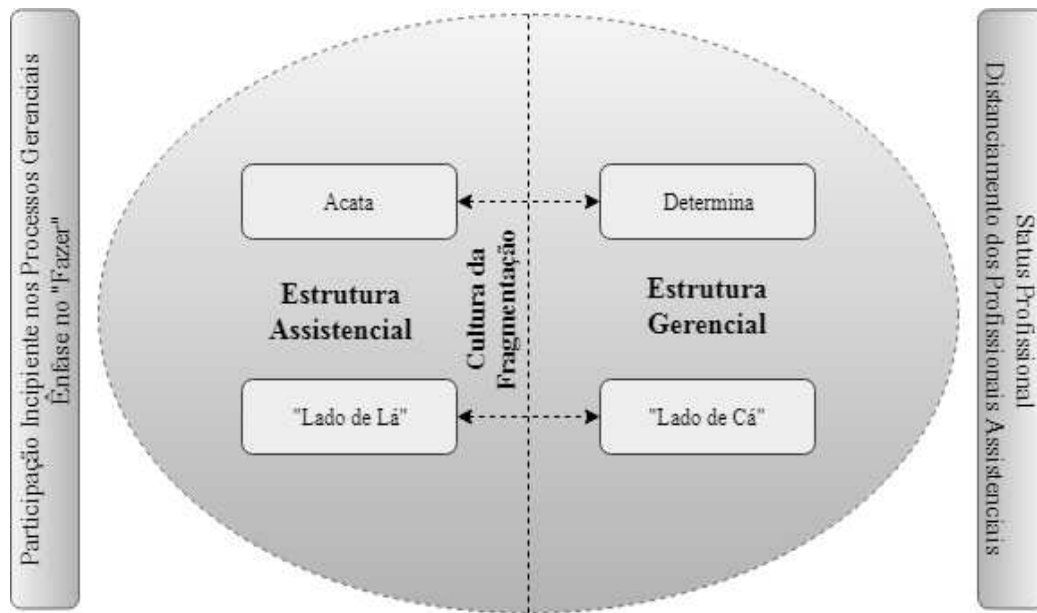
17.01.2019

Percebe-se a vontade de fazer diferente, inovar, porém dificuldade de fugir do modelo vigente. parece-me que os profissionais por vezes se perdem no discurso por não compreender o que de fato envolve uma mudança de paradigma. Talvez envolva uma mudança de mentalidade, compreender o que se discursa de forma tão aprofundada que essa mudança é incorporada às ideias e ações de forma que confundem-se. Uma mudança cultural.

08:16 18/03/2019

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Figura 6 – Diagrama ‘Do lado de cá, do lado de lá’



Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Figura 7 – Diagrama ‘O discurso e a prática’.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

As Figuras 8 e 9 apresentam a organização dos dados no *software* NVIVO® 12.

Figura 8 – Exemplo de organização dos dados da pesquisa no *software* NVIVO® 12

Nome	Arquivos	Referenci	Criado em	Criado p	Modificado em	Modificado p
1. CONDIÇÃO DEPARANDO-SE COM A EXIGÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE SEGURANÇA E QUALIDADE NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS D	0	0	13/01/2019 2	CK	18/03/2019 06:5	CK
2. AÇÃO INTERAÇÃO SENTINDO A INFLUÊNCIA DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL NO PROCESSO DE INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS	1	1	04/11/2018 2	CK	18/03/2019 06:5	CK
3. AÇÃO INTERAÇÃO PRECISANDO QUE AS AÇÕES DE EPS, SEGURANÇA E QUALIDADE SEJA PRIORIDADE DE GESTÃO	1	1	20/10/2018 1	CK	18/03/2019 06:5	CK
4. AÇÃO INTERAÇÃO RECEBENDO ESTIMULO EXTERNO	1	1	21/10/2018 1	CK	18/03/2019 06:5	CK
5. AÇÃO INTERAÇÃO PERCEBENDO O PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES DE QUALIDADE E SEGURANÇA	1	1	20/10/2018 1	CK	18/03/2019 06:5	CK
6. CONSEQUÊNCIA NECESSITANDO DE UMA MUDANÇA DE PARADIGMA	1	1	19/10/2018 1	CK	18/03/2019 22:5	CK
7. CATEGORIA CENTRAL VISLUMBRANDO A INTERAÇÃO MULTIPROFISSIONAL SUSTENTADA PELA TRIÁDE EPS, SEGURANÇA DO PACIENTE E QU	0	0	13/01/2019 2	CK	18/03/2019 06:5	CK

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Figura 9 – Exemplo de organização dos dados da pesquisa no *software* NVIVO® 12

Nome	Arquivo	Referên	Criado em	Criado	Modifica	Modificad
6. CONSEQUÊNCIA NECESSITANDO DE UMA MUDANÇA DE PARADIGMA	1	1	19/10/20	CK	18/03/2	CK
6.1. DESENVOLVENDO A CULTURA DE EPS, DE SEGURANÇA E DA QUALIDADE	4	6	31/10/20	CK	18/03/2	CK
6.2. EMERGINDO A ESSENCIALIDADE DA INTERAÇÃO INTERDISCIPLINAR PARA MUDANÇA DE CULTURA NAS INSTITUIÇÕES	1	1	20/10/20	CK	18/03/2	CK
6.2.1. Montando equipes interdisciplinares no hospital	1	1	31/10/20	CK	31/10/2	CK
6.2.2. Percebendo que a EPS precisa da interação entre os profissionais	1	2	19/10/20	CK	19/10/2	CK
6.2.3. Precisando de uma ruptura da hegemonia médica	0	0	13/01/20	CK	18/03/2	CK
6.2.4. Precisando que os POPs sejam multiprofissionais para favorecer a interação no cuidado	2	2	10/01/20	CK	11/01/2	CK
6.2.5. Precisando ter passagem de plantão multiprofissional	1	2	11/01/20	CK	11/01/2	CK
6.2.6. Precisando trabalhar a integração multiprofissional na academia	2	2	10/01/20	CK	18/03/2	CK
6.2.7. Precisando trabalhar em equipe interdisciplinar	1	1	11/01/20	CK	11/01/2	CK
6.2.8. Revelando que a interação da equipe faz diferença para a segurança do paciente	3	3	17/10/20	CK	19/10/2	CK
6.2.9. Sendo a comissão de EPS multiprofissional	2	3	11/01/20	CK	12/01/2	CK
6.2.10. Sendo os melhores hospitais os menores	1	1	05/01/20	CK	05/01/2	CK
6.2.11. Tendo uma boa interação com os anestesistas no CC	1	1	01/11/20	CK	01/11/2	CK
6.2.12. Tendo uma boa interação com os médicos	1	1	19/10/20	CK	19/10/2	CK
6.2.13. Trabalhando em equipe para melhorar a assistência	1	2	06/01/20	CK	06/01/2	CK
6.2.14. Trabalhando melhor em equipe multiprofissional em setores críticos	4	4	10/01/20	CK	12/01/2	CK
6.2.15. Trabalhando o projeto terapêutico singular em algumas unidades do hospital	1	1	31/10/20	CK	31/10/2	CK
7. CATEGORIA CENTRAL VISLUMBRANDO A INTERAÇÃO MULTIPROFISSIONAL SUSTENTADA PELA TRIÁDE EPS, SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE	0	0	13/01/20	CK	18/03/2	CK

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

De acordo com a perspectiva estruturalista utilizou-se do paradigma, sendo esta uma ferramenta analítica que auxilia o pesquisador a organizar os dados de acordo com três componentes: (1) **condição**: contém a resposta, por meio de uma ação, sobre por que, quando e como determinado fenômeno acontece; (2) **ação-interação** é a resposta expressa aos

eventos ou situações, bem como se movimentam por meio de um significado; (3) **consequência** expressa os desfechos e resultados previstos ou reais de ações e interações (CORBIN; STRAUSS, 2015) conforme Quadro 7.

Quadro 7 – Organização da Teoria substantiva por meio do paradigma.

Componente	Categoria	Subcategoria
Condição Por que, quando e como o fenômeno acontece.	Deparando-se com a exigência da implantação de ações de segurança e qualidade nas instituições públicas de saúde.	Revelando questões inerentes ao serviço público de saúde. Estruturando os serviços de apoio. Vislumbrando a interação dos serviços de apoio.
Ação-Interação Resposta aos eventos ou situações e como se movimentam por meio de um significado.	Sentindo a influência da estrutura organizacional no processo de interação entre os profissionais.	Vivenciando a dicotomia entre a estrutura assistencial e a gerencial. Evidenciando a estrutura relacional.
	Precisando que as ações de EPS, segurança e qualidade sejam prioridade de gestão.	Reconhecendo a importância do apoio do gestor às ações de EPS, segurança e qualidade. Desvelando a atuação da SES na gestão da EPS, segurança e qualidade.
	Recebendo estímulo externo.	Potencializando a interação profissional a partir da residência multiprofissional Ressaltando o impacto da tutoria de instituições referência.
	Percebendo o protagonismo do enfermeiro nas ações de segurança e qualidade.	Destacando iniciativas do enfermeiro para segurança do paciente. Buscando fortalecer a liderança do enfermeiro na gestão da EPS.
Consequência Desfechos e resultados previstos ou reais.	Necessitando de uma mudança de paradigma.	Desenvolvendo a cultura de EPS, de segurança e da qualidade. Emergindo a essencialidade da interação interdisciplinar para mudança de cultura nas instituições.
Categoria Central ou Core Category		
Vislumbrando a interação multiprofissional sustentada pela tríade EPS, Segurança do Paciente e Qualidade.		

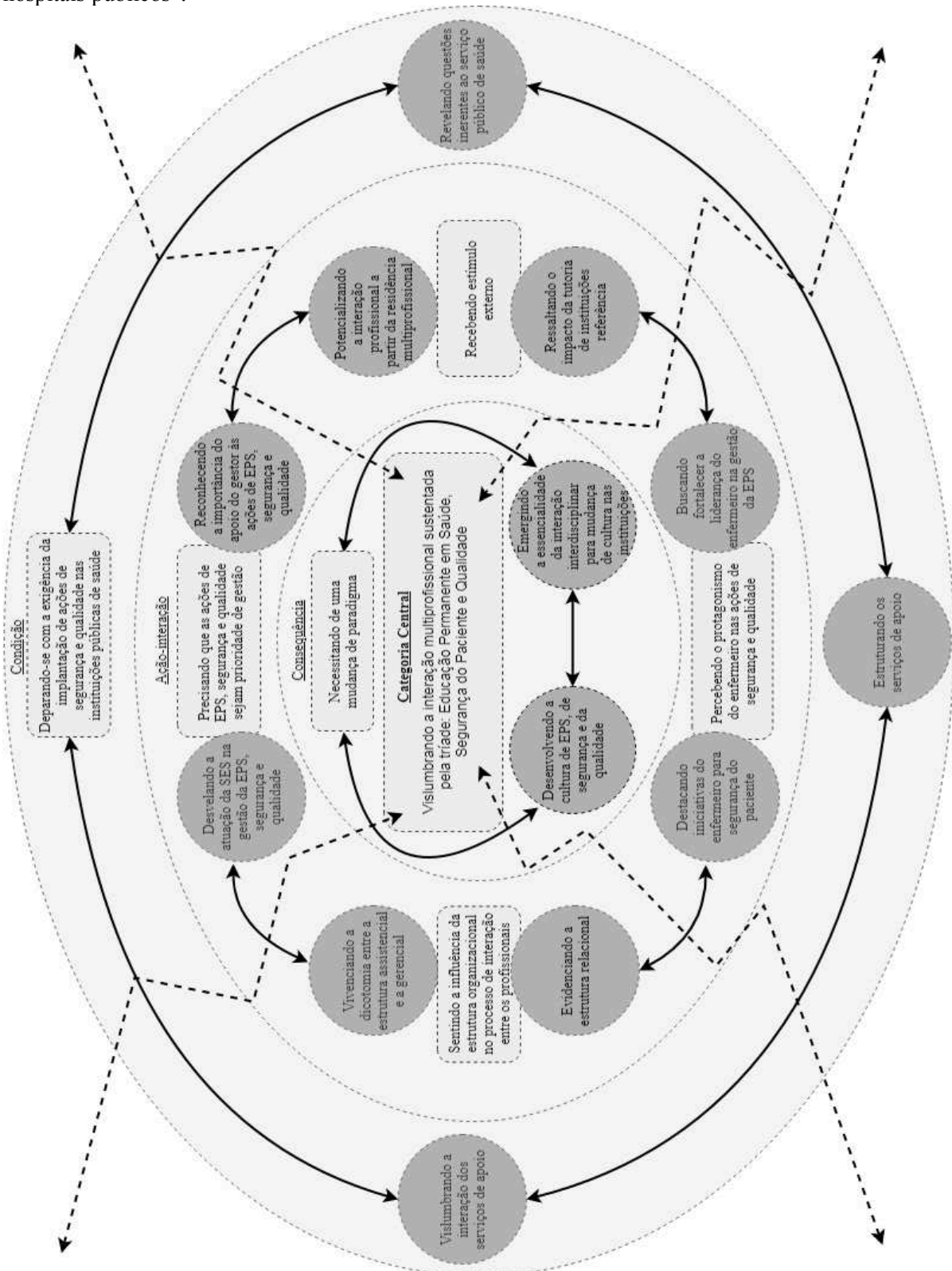
Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

O contexto pode ser considerado um pano de fundo para o paradigma, sendo que, inclui eventos, circunstâncias ou condições que interferem na situação e nos significados dado a esta, na ação e interação que as pessoas tomam para gerir ou alcançar os resultados desejados e na atual consequência dos resultados das ações. Por vezes é expresso nas explicações ou razões que as pessoas dão para o que dizem, pensam, sentem, assim como, em

resposta às situações problemáticas ou eventos que ocorrem em suas vidas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A representação do paradigma por meio do diagrama integrativo do fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos” está apresentada na Figura 10.

Figura 10 – Diagrama integrativo do fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos”.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

4.4 VALIDAÇÃO DA TEORIA

A validação da teoria ocorreu em uma reunião do COSEP na SES, da qual participaram seis enfermeiros com *expertise* na temática do estudo, atuantes em seis instituições hospitalares com administração direta no estado de Santa Catarina. Destes, três foram participantes da pesquisa (representantes do Hospital A, Hospital B, Hospital C) e os outros três atuavam em outras instituições hospitalares do estado. O modelo foi apresentado e explicado pela pesquisadora utilizando um instrumento de validação da teoria substantiva proposto por Glaser e Strauss (1967) (Apêndice C).

Na validação, foram utilizados três dos quatro critérios previstos por Glaser e Strauss que julgaram a aplicabilidade da teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015; GLASER; STRAUSS, 1967), sendo eles:

- a) Ajuste: se a teoria é fiel à realidade, deve se ajustar à área substantiva estudada;
- b) Compreensão: a teoria deve ser compreensível e fazer sentido tanto às pessoas estudadas (leigos) quanto aos estudiosos da área focalizada;
- c) Generalização teórica: se o estudo é baseado em dados compreensíveis e em interpretação conceitual extensa, a teoria deve ser abstrata o bastante e incluir variação suficiente para torná-la aplicável a outros contextos relacionados àquele fenômeno.

O quarto critério não foi considerado neste estudo, pois se trata do controle da teoria após sua aplicação prática.

Quanto ao ajuste, os participantes se reconheceram na teoria, confirmaram ou reforçaram os achados como a necessidade de apoio gerencial, de projetos que permaneçam mesmo com a troca de gestor, da necessidade de recursos financeiros e humanos.

Em relação à compreensão, a teoria foi considerada adequada e não houve sugestões de modificação em relação à nomeação da categoria central, categorias e subcategorias. Nesse critério, observou-se uma limitação dos participantes para contribuição em relação à nomeação das categorias e subcategorias devido a pouca aproximação com o método.

No critério de generalização teórica, foi considerado que a teoria abrange os hospitais públicos com administração direta no estado de Santa Catarina e pode também ser aplicada em outros cenários com sistema de gestão similar.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu às Resoluções n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e discorre sobre os princípios da bioética: autonomia, beneficência, justiça, não maleficência (BRASIL, 2012). Cabe ressaltar que os participantes foram orientados sobre a realização da pesquisa, seus riscos e benefícios, e garantia de anonimato.

Para a realização da pesquisa foram cumpridas as solicitações éticas de autorização, ou seja, obteve-se autorização dos responsáveis pelas instituições hospitalares (Anexos A, B, C, D), assim como o parecer circunstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Anexo E), emenda parecer circunstanciado do CEP (Anexo F) e TCLE (Apêndice B).

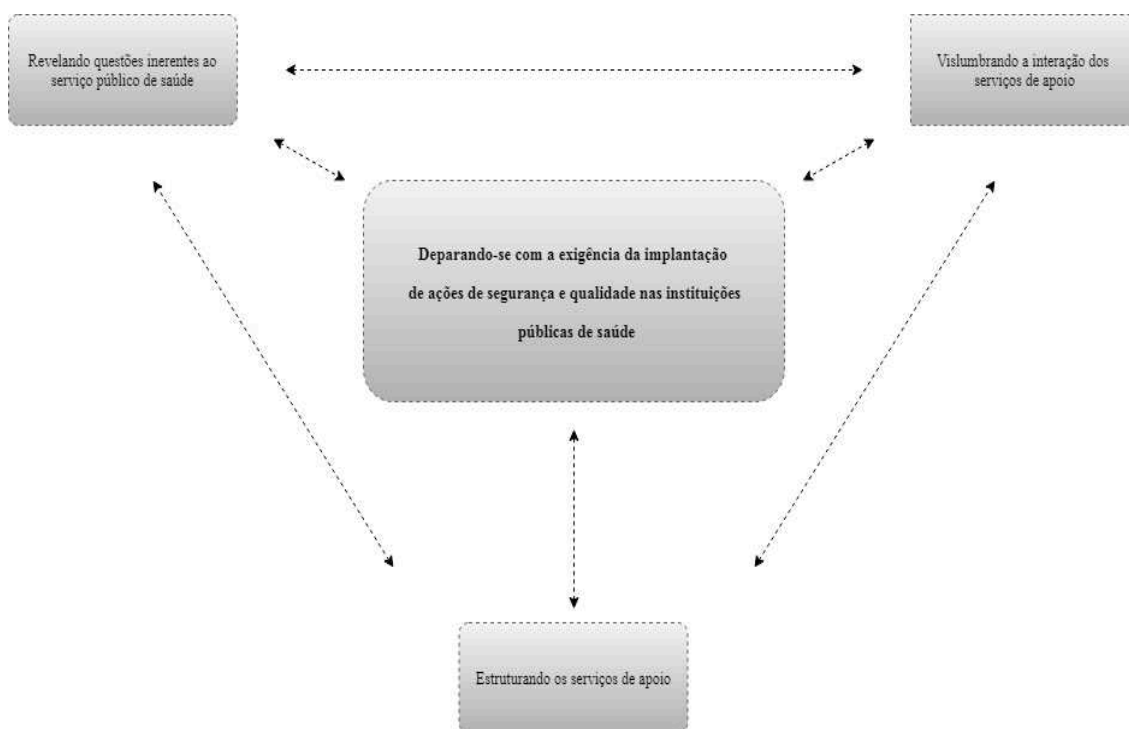
5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados nesse capítulo conforme componentes do paradigma: Condição; Ações-Interações; Consequências e Categoria Central.

5.1 COMPONENTE CONDIÇÃO

O componente Condição responde aos quesitos por que, quando e como o fenômeno acontece e foi representado pela categoria **Deparando-se com a exigência da implantação de ações de segurança e qualidade nas instituições públicas de saúde**, composta por três subcategorias que são ilustradas pelas falas dos participantes do estudo. A Figura 11 apresenta o diagrama representativo do componente Condição.

Figura 11 – Diagrama representativo do componente Condição



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

A primeira subcategoria **Revelando questões inerentes ao serviço público de saúde** apresenta o motivo de o fenômeno ocorrer, mencionando as dificuldades de cunho gerencial nos serviços públicos de saúde que impactam nas ações de segurança e qualidade. Dentre elas, a troca frequente de gestor, seja do secretário de saúde ou do diretor dos

hospitais, é destacada por ser onerosa ao serviço público e gerar incertezas em relação à continuidade de projetos institucionais, já que praticamente todos os projetos ficam parados no período de transição até que o novo gestor assuma o cargo e informe sua prioridade de gestão. Assim, evidencia-se que a alta rotatividade dos cargos de gestão ou a descontinuidade de projetos são prejudiciais para o desenvolvimento dos processos de melhoria nas instituições hospitalares.

[...] no início, até auditoria a gente fazia de segurança. A gente fazia uma vez por semana para ver a questão da medicação, SCIH. Só que a gente não conseguiu manter isso, até porque teve várias coisas no meio, teve mudança de direção, mudou umas duas ou três vezes a direção nesse período e aí a gente acabou perdendo isso dentro do setor, então o núcleo [NSP] acabou perdendo um pouco de força. (EH7)

[...] a gente ficou sabendo que foi por causa de problemas políticos, por causa da época de eleição. Aí, quem era representante do projeto na secretaria também abandonou o barco, por isso que o projeto não andou ainda. A gente continua só no plano, algumas coisas foram feitas, algumas ações, mas nada que reverta ao cuidado direto. (ER5)

[...] esse ano nós tivemos troca de quatro secretários de saúde, então nós tivemos duas trocas de direção de hospital e, quando a gente estava alinhado com a nossa comissão [EPS], a direção pediu para que mudasse alguns membros. Saíram algumas pessoas e de certa forma isso acabou enfraquecendo um pouco a comissão. Ela [comissão de EPS] está um pouco parada nesse momento, o pessoal está ‘apagando incêndio’, porque estão reformulando a direção [...]. (ER6)

Essa mudança de prioridade gera descrença falta de credibilidade e adesão às novas ações e projetos institucionais, assim como ansiedade por parte dos profissionais em relação ao atraso de projetos vigentes, considerando o tempo necessário à adaptação do novo gestor. Dessa forma, pode-se afirmar que a mudança frequente de gestor impacta na assistência direta ao paciente e, conseqüentemente, na segurança e na qualidade, já que influencia na motivação dos profissionais de saúde.

[...] o que ele [o diretor do hospital] determinar, o que ele tiver de prioridade a gente vai ter que dar essa prioridade também. E isso é difícil para nós sabe? Porque tu ver todo o processo, todo o projeto de mudança, o envolvimento das pessoas com os próprios projetos, e às vezes dependendo de quem vem vai dizer assim: ‘Olha, nós vamos parar tudo e agora nós vamos focar em mudar outra coisa’. E pode ser, porque isso já aconteceu antes aqui [...] então a gente sente uma queda de rendimento podemos dizer assim, porque diminui reuniões, diminui encaminhamentos (sic) de respostas, porque ele [o gestor] está entendendo como funciona. Então tem uma diminuição do andamento das coisas. (ER7)

[...] até você descobrir o caminho a percorrer já se passou muito tempo, e aí essa ‘falha no tempo’, para você descobrir esse caminho, eu vejo que vai repercutindo lá onde as pessoas estão na produção. Vai caindo a qualidade, vai caindo o interesse das pessoas porque elas não estão vendo as coisas andarem [...]. (ET3)

A instabilidade política na administração pública é considerada um dos maiores desafios para implantação de processos de qualidade nas instituições hospitalares, considerando indispensável, para tanto, o envolvimento do gestor. Esse processo demanda tempo de execução e seus resultados são previstos em longo prazo. Dessa forma, torna-se necessário ter uma estrutura permanente de qualidade na instituição, ou seja, que o processo continue mesmo com a mudança de gestor.

Acho que são dois principais desafios [para implantação da qualidade], um é que a alta direção esteja muito envolvida, e muda muito, há uma instabilidade política, então a direção nos últimos anos mudou várias vezes aqui no hospital. Então pode ser que a próxima direção que mude não dê apoio ao mesmo projeto, ache que não é tão importante. É um receio digamos assim, de ter uma estrutura perene de qualidade que realmente vá desenvolver e permanecer [...] a gente prevê pelo menos cinco anos para ter um resultado mais visível, no mínimo cinco anos. Então a gente precisa ter uma garantia que vai permanecer, mesmo existindo a troca do governo, o projeto vai permanecer, então é um desafio. (ER1)

[...] Hoje o diretor tem uma percepção do que é qualidade, e vem outra pessoa [gestor] e diz: ‘Não, para mim não é nada disso, para mim a prioridade hoje é que as cirurgias aconteçam de uma determinada forma’ [...]. (ER7)

Assim, a influência político-partidária na gestão dos hospitais implica em ter um diretor com autonomia gerencial, porém sem a exigência de uma dedicação exclusiva ao cargo, o que acaba interferindo no envolvimento no planejamento e execução de projetos institucionais. Também a falta de planejamento do gestor no serviço público faz com que culturalmente as ações dependam de iniciativas do servidor público. Dessa forma, as ações não se efetivam ou se desenvolvem com morosidade por causa das resistências individuais e/ou de grupos, as quais são reforçadas pela falta de apoio do gestor.

Com a troca de gestor, outros cargos gerenciais também sofrem substituições. Na instituição hospitalar, por vezes, quando existe a troca do gerente de enfermagem, normalmente é escolhido um profissional que trabalha na instituição. Este, por conhecer a realidade da instituição, fazer parte dos processos, estar engajado nos projetos, entender as necessidades e como as relações acontecem, além de ter formação gerencial, tem maior

facilidade de adaptação ao cargo quando comparado a um profissional externo à instituição, mas ainda assim necessita familiarizar-se com as demandas políticas advindas da direção.

[...] a enfermagem, aqui, a gente conseguiu que sempre fosse um representante do serviço [o gerente de enfermagem], assim como os demais hospitais, que instituem quem é a pessoa que vai vir representar o grupo por entender que quem tem que trabalhar na gerência é uma pessoa que entenda da instituição [...]. (ER8).

Quanto a isso, os participantes defendem que os cargos de gestor em instituições públicas deveriam ser ocupados por profissionais que conhecessem a realidade da instituição – visto que o reconhecimento da dinâmica institucional depende tempo – e que possuíssem formação e experiência na área gerencial. Ainda afirmam que, apesar de alguns gestores terem boas ideias, a falta de formação gerencial é um impeditivo para efetivá-las na prática.

[...] quando o governador anterior assumiu, ele foi à imprensa e disse que a partir daquele momento as pessoas que assumissem as direções, os cargos administrativos, seriam pessoas técnicas especializadas, e eu realmente acreditei que aconteceria, porque eu acho que é o que precisa, no mínimo um técnico especializado e que conheça a sua instituição. [...] isso aqui é uma empresa de grande porte [hospital], que você precisa ter um conhecimento mínimo de como funciona essa máquina, porque ela envolve uma série de profissionais [...]. Então, você chegar zerado nesse conhecimento para tocar um negócio desse tamanho? Eu acho que começa aí a nossa dificuldade [...]. (ET3)

[...] o cargo de diretor é um cargo que é comissionado [...] embora todos tenham tentado fazer, de alguma forma, alguma coisa boa para o hospital e melhorar a gestão, o que acontece é que eles não tinham formação [...]. (ER8)

[...] essa é uma das maiores dificuldades e desafios que a gente tem para tudo que é público no Brasil, porque nós temos infelizmente poucas pessoas preparadas, que no caso são os nossos gestores, são pessoas que tem pouco conhecimento técnico, científico [...]. (EH3)

[...] dependendo de quem assume o governo muda o secretário, o secretário vai trazer pessoas de confiança dele e aí muda. Vai mudar de hoje para amanhã. A gente não sabe quem é a pessoa, chega e muitas vezes não tem experiência de direção. A gente às vezes nem conhece a pessoa, a gente pensa que ela não tem culpa disso, mas existe todo um período de adaptação que não é fácil [...]. (ER7).

Os participantes comentaram que, apesar do princípio da impessoalidade, as ações na administração pública possuem, por vezes, caráter pessoal. O jogo político envolve interesses, pactuações, privilégios, entre outras ações que objetivam dar pouca visibilidade aos problemas, as quais podem gerar repercussão pública e imagem negativa aos gestores e

partidos, motivo pelo qual não priorizam ações de melhoria de processos. Os participantes revelam que, em algumas situações, fica explícito o caráter de afinidade, amizade e empatia das relações, em que particularidades favorecem alguns em detrimento de outros. Segundo os participantes, essas decisões dificultam o processo de transparência da gestão pública.

[...] quando você tem muitas particularidades acaba dificultando, quando a gente tem regras gerais, acaba facilitando porque é assim e ponto. Os estágios, por exemplo, é uma coisa que tem muitas particularidades, muitas, a gente já ouviu até que algumas universidades tinham preferência em relação às outras [...]. (ES4)

Apesar da Programação Anual de Saúde (PAS) e do Plano Estadual de Saúde serem instrumentos de planejamento e gestão estaduais, os participantes não percebem a sua utilização pelos diretores dos hospitais na escolha da prioridade de gestão, o que resulta em projetos sem objetivos em comum com o planejamento da SES. Os participantes enfatizam a necessidade de seguir o planejamento estadual e não criar planos de governo, o que evitaria a escolha de prioridades que divergem dos projetos em andamento nas instituições.

O pecado maior sem dúvida alguma é a falta de planejamento em todos os setores [...] os gestores não pensam em planejar as ações, nós temos os instrumentos de gestão, o plano estadual, a programação anual. Então eu só preciso pensar que recurso eu vou utilizar. (ES1)

[...] poderia trocar toda vez o secretário, mas tinha que ser uma política de Estado e não de governo, e aí quem entrasse teria que seguir aquilo ali e deus, eu acho que tinha ser por aí, entendesse? (ER8)

Os participantes afirmam que a gestão dos recursos, apesar da restrição orçamentária no setor saúde, é a principal responsável pelo impacto negativo na implantação de ações de segurança e qualidade nos hospitais. Os hospitais do estado apresentam uma estrutura física com diversas fragilidades e comprometimentos por incorporarem, ao longo dos anos, serviços diferentes daqueles para os quais foram estruturados, sem haver manutenção e ampliação.

[...] para a segurança do paciente, pensando na segurança deles, precisa melhorar essa falta de materiais, a manutenção, como por exemplo, o ar condicionado quebrado, nasce um bebê nesse frio, pode ficar com desconforto respiratório, pode precisar de oxigênio, pode se afastar da mãe por mais tempo, o que não é recomendado, então isso também envolve a segurança do paciente [...]. (ET5)

[...] porque os hospitais são velhos, mas eles não são tão velhos o quanto eu achei que eles eram, porque velho para mim passaria de setenta anos, mas eles não têm setenta anos, eles são mais novos do que isso. Mas como eles tem uma demanda muito alta, deprecia muito a estrutura física, e o que a gente observou também é que ele [hospital] foi montado e estruturado para

um tipo de serviço, como houve a necessidade de implantar muitos outros serviços, ele incorporou esses outros serviços dentro de uma estrutura que não poderia [...]. (ES3)

Apesar da autonomia gerencial dos hospitais, a gestão financeira se concentra na SES. Segundo os participantes, essa centralização dificulta a implantação dos protocolos de segurança do paciente, entre outras ações de melhoria, visto que a maioria necessita de recursos humanos e materiais. A falta de materiais essenciais faz com que os profissionais tenham que adaptar os protocolos, o que repercute em ações não seguras tanto para o paciente quanto para os profissionais. Além disso, a compra de materiais de qualidade inferior, devido ao menor valor por meio de pregão eletrônico, torna a situação mais complicada.

[...] o SCIH fala da lavagem das mãos, mas não tem papel para secar a mão [...] a gente tem mais funcionários que um shopping e tem um banheiro com dois vasos sanitários que não tem sabão [...]. (ER2)

[...] faltou material, isso vai implicar na parte de gerenciamento de resíduos, implica na questão do controle de infecção, e tudo é risco para o paciente [...]. (ET1)

Cabe ressaltar que o desperdício no setor público é evidenciado ao se mencionar a falha na gestão de materiais. A central de materiais nos hospitais não possui um controle sobre o gasto, o que resulta em dois estoques dentro do hospital: um no almoxarifado, que libera os materiais, e outro nas unidades assistenciais que solicitam e (re)estocam. Isso reforça a necessidade de investimento em sistemas informatizados que aperfeiçoem os processos, e no caso dos materiais, gerenciem o consumo, reduzindo custos.

[...] acho que gestão de desperdício é o melhor uso do dinheiro público, essa cultura a gente precisa mudar, mudar um pouco a mentalidade de que o que é público não é de ninguém, na verdade o que é público é de todos [...] nada que não possa ser desenvolvido dentro do setor público, eu acredito nisso [...]. (ER1)

O que acontece hoje? Se for fazer um inventário, foi dada baixa [almoxarifado], mas não é verdade, o hospital está cheio de material guardado nos setores, e aí na minha percepção é falta de gestão, é preciso diminuir custo [...] o Estado tem que ter mecanismos de controle. (ER8)

Segundo os participantes, a SES recebe verba federal direcionada ao CIES. No entanto, esta é destinada ao planejamento e fomento de encontros e discussão, e não às ações de EPS nos hospitais. Assim, as ações educativas nas instituições hospitalares são desenvolvidas utilizando voluntários, representantes de produtos comprados pela SES,

profissionais da própria instituição ou recurso de contrapartida de instituições privadas que utilizam as instituições hospitalares públicas como campo de estágio.

Essa contrapartida, no entanto, pode ser realizada na forma de ações educativas ou de materiais permanentes. Como a instituição não possui autonomia financeira para compra de materiais essenciais necessários às ações de segurança e qualidade opta-se pela contrapartida na forma de materiais.

[...] então hoje eu sei o que a escola x ela deve e o que ainda falta pagar, quem recebeu e para onde foi esse equipamento, ou esse material, que a escola deu em contrapartida. Então eu sei se chegou o ar condicionado da escola Y que estava devendo o valor de mil e quatrocentos reais, valor que a gente pediu um ar condicionado [...]. (ER6)

[...] aí essas instituições fazem uma contrapartida de recursos inseridos por meio de algumas ações, uma ação de educação permanente ou compra de material. Então, nos conseguimos instituir alguns protocolos comprando material por meio desse recurso para equipar as unidades, conseguimos coxins, conseguimos alguns elevadores de transporte de paciente para as unidades mais críticas, e agora conseguimos os colchões pneumáticos [...]. (ES1)

Os participantes referem que a falta de profissionais para compor os serviços de apoio e a assistência também interfere na implantação dos protocolos de segurança nas instituições. Diante do *déficit* de profissionais, prioriza-se a avaliação dos pacientes mais graves, bem como a investigação dos eventos adversos mais graves e assim trabalha-se mais com ações corretivas do que preventivas. Além disso, algumas instituições, por falta de profissionais, tendem a utilizar estagiários, ou seja, profissionais ainda em formação como força de trabalho.

[...] quando eu assumi os estágios, percebi que o estagiário acaba sendo utilizado como força de trabalho, e eu sou resistente a isso. Então a gente está tentando conversar com o pessoal mais informalmente, até porque já está bem enraizada essa questão no serviço [...] muitas vezes eu recebo as colegas dizendo: 'Estou precisando de um estagiário'. Então eu já digo: 'Não, você não está precisando de estagiário, ninguém precisa de estagiário, você está precisando de funcionário, então, você tem que pedir funcionário' [...]. (ET3)

[...] eu estive em um setor e percebi que tinha uma estagiária de enfermagem prescrevendo e fazendo curativo, então a gente acabou pedindo para a gerente chamar para a gente estar conversando sobre essa questão. Pois isso é uma permissão do enfermeiro, o estagiário não pode estar fazendo sozinho. (ET2)

Além da falta de profissionais, a pouca afinidade deles com a área da saúde tende a interferir no desenvolvimento dos protocolos de segurança, assim como na cultura de

segurança do paciente. Esse fator, somado à grande demanda de trabalho e também à estabilidade do cargo público efetivo, foi relacionado pelos participantes ao elevado índice de absenteísmo nas instituições hospitalares. Ressalta-se que a participação dos profissionais nas ações de EPS acaba sendo influenciada por essa realidade.

[...] no caso da enfermagem, querendo ou não, a questão salarial influencia porque, hoje, aqui um dos melhores salários ainda é na área hospitalar [...] e eu imagino que seja até pela própria questão econômica mesmo, dentro disso claro que temos profissionais excelentes que tem perfil, temos profissionais muito bons, e a gente vê que tem uns que não tem muito perfil. (ET4)

[...] às vezes porque não tem perfil, às vezes por insegurança, porque quem que acaba trabalhando em porta de emergência? Principalmente no caso dos médicos, aquele que recém formou e foi trabalhar ali, porque ninguém gosta de trabalhar na porta da emergência, [...] a gente tem um pouco de dificuldade em relação aos recursos humanos porque a gente não tem governabilidade. Nada contra, sou funcionária pública de carreira, mas assim, tem que mudar o processo de concurso público de contratação, tem que ter perfil, tem que amarrar algumas coisas [...]. (ER8)

[...] levando em consideração que as nossas escalas [de trabalho] não são tão folgadas assim, a gente normalmente está com *déficit* funcional, aí você faz um curso e você estrangula um pouco mais essa escala [...]. (EH1)

Os participantes afirmam ainda que o elevado índice de absenteísmo repercute em conflitos interpessoais dentro da instituição, especialmente entre profissionais assistenciais e gestores, que são responsabilizados por tal situação. Mesmo com a contratação de profissionais por processo seletivo e realização de hora plantão (hora extra), a necessidade de recursos humanos não é suprida e esse panorama desestimula o profissional que trabalha sobrecarregado.

[...] um leito [de UTI] bloqueado, por exemplo, por falta de funcionários seria inadmissível, então aqui eles [direção] ainda tocam os problemas com certa prioridade, mas aí fora [nas unidades de internação], se você pegar uma escala de alguma enfermeira, ela ainda está tentando fechar a escala, chega no dia vinte e nove e ainda está faltando funcionário na escala [...]. (ET7)

[...] se tu for me perguntar se eu queria participar de alguma coisa para melhorar o hospital ou fazer acontecer uma coisa diferente, eu vou te responder: 'Para que? Nada vai mudar, vai continuar tudo igual. Os funcionários vão continuar não vindo, quem veio vai ter que cobrir quem não veio'. (ET6)

Nesse sentido, os profissionais afirmam a necessidade de uma gestão mais eficiente de recursos humanos que inclua o levantamento do índice de absenteísmo e o dimensionamento adequado de pessoal nas instituições. Isso se faz necessário porque não

existe uma análise de distribuição dos profissionais nas instituições que considere a carga de trabalho de cada unidade em relação ao número de colaboradores. Os participantes atribuem essa responsabilidade ao gestor da instituição.

[...] teríamos que fazer um apanhado mais rigoroso de quem está onde dentro da estrutura hospitalar para saber se algum setor não está sobrecarregado de colaborador e o outro está sobrecarregado de trabalho, porque pode acontecer, visto as horas plantão e essa diversidade de profissionais que estão dentro da área hospitalar, então quem administra isso é o gestor na instituição [...]. (ES3)

A segunda subcategoria **Estruturando os serviços de apoio** apresenta a organização dos serviços de apoio diante da necessidade de implantar ações de segurança do paciente nas instituições hospitalares, em resposta à legislação correspondente no momento de repensar as práticas de saúde a nível mundial.

Antes de 2013, alguns serviços como o NEP e o SCIH já existiam nas instituições hospitalares do estado. Os demais foram sendo estruturados a partir da Portaria n.º 529/2013, a qual impulsionou os serviços de apoio a atuar de forma mais ativa em prol da segurança do paciente. No entanto, historicamente nas instituições hospitalares, os serviços de apoio foram implantados por determinação da SES ou do MS sem muito planejamento.

[...] eu vim para dar um auxílio para a SCIH e também porque, pela legislação, a gente precisava instituir o núcleo de segurança do paciente e o núcleo de epidemiologia [...] uma das exigências da rede cegonha é que houvesse esse núcleo [de epidemiologia] constituído [...] a gente criou o núcleo de epidemiologia também em função de uma pressão da vigilância sanitária e do município, então a gente meio que foi criando o serviço [...] Vou te dizer que no início não tinha um planejamento de como eu trabalhava, mas eu comecei cumprindo a legislação. (ET1)

De acordo com os participantes, a estruturação do NSP nos hospitais se deu diante da publicação da RDC 36/2013, pela qual se iniciou a elaboração e implantação dos seis protocolos básicos de segurança do paciente conforme preconizado pela Portaria 529/2013. A obrigatoriedade do desenvolvimento do plano de segurança previsto na RDC 36/2013 favoreceu a cobrança dos profissionais para o desenvolvimento das ações nos hospitais, contudo, desde o início da implantação o NSP sofreu oscilações em relação à implantação dos protocolos, influenciadas principalmente pelo apoio e cobrança incipiente dos gestores.

[...] quando em 2013 saiu a portaria da segurança do paciente, a gente foi o hospital implantador, um dos primeiros que fez o cadastro em 2013, só que assim, o nosso núcleo a gente começou bem, a gente fez um plano de segurança do paciente, já começou a implantar algumas ações e foi até 2015,

sabe que é cheio de altos e baixos né? Aí a gente teve uma queda [no rendimento] no final de 2015 e 2016 que a gente ficou quase um ano sem nem reunião do núcleo conseguir fazer. Aí o ano passado a gente retomou isso, mais pessoas entraram para fazer e agora a gente está conseguindo [...]. (EH7)

[...] está se estruturando porque é um serviço [NSP] que começou há uns três anos, mas vem aos poucos, com toda a dificuldade de implantar, de aceitação. No início ela deve ter tido maior recusa das pessoas à implementação e agora já vem melhorando, por que um vai fazendo e o outro faz também, e um vai levando o outro [...]. (ER4)

O NQ, ou também chamado de setor de qualidade ou escritório da qualidade pelos participantes, é um dos últimos serviços de apoio a estruturar-se nas instituições hospitalares. É uma proposta da SES que possui como objetivo melhorar os processos de qualidade nas instituições hospitalares com administração direta no estado. Esse serviço foi mencionado como uma inovação, sendo que possui potencialidade de auxiliar a administração hospitalar por meio da análise de indicadores de qualidade. Ainda, os gestores acreditam que esse poderá ser o ponto de articulação dos serviços de apoio e dos profissionais assistenciais para o desenvolvimento e implementação das ações de qualidade e segurança nas instituições.

[...] eles [serviços de apoio] estão num momento de ir se acomodando. Eu enxergo que daqui a alguns anos vai ter um escritório dentro do hospital responsável por toda a atividade de qualificação de pessoal, que nesse momento está dividida, porque uns vão por ali, uns por aqui, mas o certo é ficar tudo igual, acho que no futuro vai ser assim. O setor de qualidade é uma novidade nas nossas unidades, então ele está ainda se adaptando [...]. (ES2)

O escritório da qualidade apresentou-se ainda em processo de implantação nas instituições. Observou-se cenários mais avançados em relação à implantação desse serviço, cita-se um caso onde a coordenação desse setor conta com um profissional técnico experiente em implantação e desenvolvimento da gestão da qualidade, como também com a consultoria de uma instituição estadual com gestão terceirizada. O projeto de gestão da qualidade tem por base uma metodologia focada na ISO 9001, cujo desenvolvimento na instituição iniciou-se com a aproximação dos profissionais por meio de cursos que focavam os conceitos da gestão da qualidade. O segundo passo foi a padronização da documentação, incluindo a revisão de POPs e rotinas institucionais. A previsão é trabalhar com gestão de risco, gestão de indicadores e auditoria interna tendo base no ciclo *Plan-Do-Study-Act* (PDCA).

[...] a facilidade é que a ISO trabalha por processos, muito focada em organização de registro, de documentação, então é uma base também para qualquer outra acreditação ou certificação de qualidade que o hospital

queira, uma ONA, uma *Join Commition*, já vai ter uma base organizada. [...] É um grande desafio, porque eu desconheço outro hospital público administrado diretamente pelo governo que tenha ISO. (ER1)

Assim, observou-se que os hospitais deste estudo possuem estruturas organizacionais diferenciadas em relação à disposição dos serviços de apoio, ou seja, a estrutura organizacional nos hospitais do estado não segue uma padronização estabelecida pela SES. Nesse sentido, o diretor possui autonomia para modificá-la e, de certa forma, busca adequá-la a fim de favorecer a interação profissional. Cabe ressaltar que apenas uma instituição hospitalar apresentou todos os serviços de apoio em uma mesma estrutura física. Os outros, apesar das iniciativas de integração, apresentam alguns serviços isolados, destacando o NEP.

Apesar de o NEP existir nas instituições hospitalares do estado há mais de 15 anos sob outras nomenclaturas, a maior parte das ações gerenciadas por esse serviço ainda se volta aos profissionais de enfermagem com ações pontuais, fora de um projeto institucional e apresentando baixa adesão. Contudo, observa-se uma aproximação deste com os outros serviços de apoio no sentido de desenvolver práticas educativas mais efetivas para dar conta das ações de segurança do paciente e de qualidade. Ainda, em alguns hospitais, esse serviço está sendo absorvido por uma estrutura maior de ensino e pesquisa decorrente da implantação da residência multiprofissional.

[...] ele [diretor] identificou que nós deveríamos ter um departamento acadêmico, ele gostaria de transformar o hospital em hospital escola, então ele até já fez um contato com quem ficaria responsável por esse departamento, que é uma reformulação da estrutura organizacional do hospital [...]. Então agora o NEP que era ligado direto a uma gerência, vai ser absorvido por esse departamento [...]. (ER6)

Considerando que alguns serviços ainda funcionam de forma isolada, existem iniciativas de integração, normalmente por parte da direção. A proposta é que esses serviços dividam o mesmo espaço físico para favorecer a interação profissional e troca de informações. Essas experiências têm apresentado resultados positivos, têm contribuído para o compartilhamento de informações e até mesmo para realização de ações conjuntas, contudo, os entrevistados defendem que os profissionais devem aprender a trabalhar de forma integrada, incluindo os profissionais assistenciais, e também que essa estrutura esteja próxima à direção do hospital.

[...] aqui a gente percebe que o pessoal trabalha isolado, e do ano passado para cá a gente provocou bastante isso, o SCIH, o núcleo de segurança do

paciente, a epidemiologia e a gerência de risco eram todos separados e a gente reuniu. Mas ontem mesmo tivemos uma reunião, porque eu acho que eles não entenderam a essência. Uma colega conseguiu perceber que a informação dela era pertinente para o SCIH, assim como uma informação do SCIH foi pertinente para a epidemiologia, porque tem as sorologias, tem um monte de notificação, então uma coisa leva a outra. Eles também perceberam como são importantes para o apoio, porque o SCIH na verdade não é para fazer diagnóstico de bactérias multirresistentes e mandar aqui para o gestor e esperar que o gestor entre com a ação, não é por aí, porque se ficar tudo na direção nós não conseguimos trabalhar e gerenciar isso tudo [...]. (ER8)

Os participantes revelam que o fato de a implantação dos serviços de apoio nas instituições hospitalares não ter sido participativa, ou seja, não haver a participação multiprofissional na construção dos serviços, impactou negativamente na adesão dos profissionais às ações propostas. Citam também que a participação multiprofissional nessas ações é essencial para a compreensão das ações que ainda precisam ser desenvolvidas, assim como para sua disseminação.

[...] poderia ser mais participativo, pois quando o núcleo de segurança do paciente iniciou aqui no hospital, eu acabei não sabendo, acabei descobrindo em algum momento porque eles entraram em contato [...] eu acho que precisava maior participação dos profissionais [assistenciais], na verdade seria integrar a gente junto nisso [...]. (ET5)

Os profissionais reforçam ser fato comum nas instituições hospitalares do estado a designação de apenas um coordenador para vários serviços de apoio ou, ainda, um coordenador que divide sua carga horária de trabalho entre as atividades do serviço de apoio e a atuação nas unidades assistenciais. Essa condição acaba não dando a oportunidade de trabalhar com maior planejamento e dedicar-se às ações. Observam, além disso, que esse dimensionamento reflete o não reconhecimento dos gestores em relação à importância dos setores de apoio para a instituição.

Nesse contexto, os depoimentos defendem a importância da dedicação exclusiva dos coordenadores desses serviços e da disponibilidade de uma equipe de suporte, assim como a necessidade de capacitação desses profissionais, já que os coordenadores não assumem os serviços exclusivamente e aglutinam várias atividades simultaneamente, sem preparo e planejamento. Assim, apesar de irem se estruturando diante da obrigatoriedade da legislação, ficou evidente que os serviços precisavam de uma estrutura melhor para funcionar conforme o preconizado.

[...] ela [coordenadora do NSP] tem bastante serviço pra fazer, porque ela não coordena só o núcleo, então eu acho que esse também é um problema, porque o núcleo ele não tem uma pessoa direcionada só para ele. Por que se

a gente for ver o núcleo de segurança do paciente, meu Deus! Quanta coisa não poderia fazer pelo hospital, só que não, quem está no núcleo, está no núcleo, no material de queixa técnica, na qualidade, está para fazer isso, está pra fazer aquilo. Então acho que não tem uma visão da direção do quanto é importante o núcleo de segurança do paciente para melhorar as condições de atendimento do paciente, então eles [direção] acabam colocando quem está ali em várias frentes, daí quem faz tudo não faz nada [...]. (EH5)

[...] eu era coordenadora da farmácia e gerente de risco, eu era coordenadora do DEP e gerente de risco, então eu nunca consegui dedicar um tempo assim, vinte horas por semana ou dez horas por semana que seja para a gerência de risco, não, eu fazia quando dava tempo [...]. (EH7)

A terceira subcategoria **Vislumbrando a interação dos serviços de apoio** apresenta como os profissionais se mobilizaram para interação diante da necessidade de implantação de ações de segurança e qualidade nas instituições hospitalares.

Com objetivo de implantar as ações de segurança e qualidade, os coordenadores dos serviços de apoio buscaram a integração de suas atividades de forma a fortalecer, diante do pouco reconhecimento por parte dos gestores e profissionais assistenciais, a sua atuação na instituição. Essa integração é potencializada pela discussão das ações e compartilhamento das responsabilidades entre os coordenadores desses serviços.

Os participantes revelam os desafios de trabalhar de forma integrada diante da cultura de fragmentação da estrutura hospitalar, visto que, apesar de os serviços de apoio possuírem objetivos em comum, desenvolvem processos de trabalho isolados. Assim, apesar de haver o compartilhamento das informações - que são coletadas por meio da busca ativa em prontuários, instrumentos, assim como nas unidades assistenciais -, os serviços de apoio ainda estão em processo de adaptação a um novo método de trabalho que exige não só uma comunicação efetiva como também a integração das ações na prática.

[...] eu leio prontuário pela segurança do paciente, mas se eu vejo que é uma infecção, passo para o SCIH, e quando o SCIH vê que é algo da segurança, ela passa para a gente, então a gente faz assim. Na verdade os serviços se ajudam mutuamente, a gente já está levantando e monitorando essas informações. Então, hoje, na questão de segurança do paciente, eu sei o que mais acontece em cada setor [...] a gente tem planejado as ações em conjunto, porque muitas demandas do hospital vêm parar aqui [...]. (ET1)

[...] elas [comissões] ficam trabalhando em ilhas, isoladas, e na verdade não convergem para alguns objetivos que tem em comum. Essas comissões, que às vezes são obrigatórias, como requisito para alguns projetos do ministério, nós temos o núcleo de segurança do paciente, nós temos o SCIH, então nós temos várias comissões e por vezes essas comissões trabalham de maneira isolada [...]. (ER6)

Nesse contexto, o NSP se constitui em um espaço de encontro e interação entre os representantes dos serviços de apoio e equipe multiprofissional, onde se discutem as demandas relacionadas à segurança do paciente na instituição considerando as diferentes áreas. Para tanto, esse serviço precisa ser fortalecido a fim de favorecer a construção de uma cultura de segurança nas instituições. Nesse tocante, o NQ surge como um *upgrade* para as ações do NSP especialmente ao considerar a necessidade da implantação dos protocolos de segurança e as dificuldades encontradas diante das resistências.

[...] A gente tem uma interação bacana, porque todos esses setores de apoio se fundem no núcleo de segurança do paciente, todos tem uma participação no núcleo, que é onde a gente discute as principais ações. Então o SCIH está ali [NSP], o departamento de ensino, o núcleo de qualidade, as gerências do hospital, e as principais lideranças dos setores. Então é um momento onde a gente consegue fundir as ações de cada área em um trabalho único [...]. (EH6)

[...] Ela [coordenadora do NQ] está organizando palestras e tentando chamar o máximo de funcionários possível de todas as áreas e ajudando, tentando resgatar isso [implantação dos protocolos de segurança] diante da dificuldade de implantar os nossos protocolos, e até melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais. A gente alinhou com a qualidade para dar um dinamismo, para dar um *up* nos setores para não cair no descrédito [...]. (ER3)

Como o principal meio de interação entre os serviços de apoio e as unidades assistenciais são os protocolos de segurança e as notificações de eventos adversos, a comunicação em relação à implantação destes é importante diante das particularidades que possam dificultar ou impossibilitar a sua aplicação na prática assistencial.

Assim, ao mesmo tempo em que os coordenadores dos serviços de apoio visam ser referência para os profissionais assistenciais, estes buscam favorecer a autonomia e responsabilização dos enfermeiros em relação ao cuidado com o paciente e o aperfeiçoamento da equipe. Dessa forma, estimulam a comunicação efetiva - verbal e escrita - entre a equipe multiprofissional; por meio da troca de informações e melhora dos registros. Buscam também desenvolver estratégias considerando a necessidade de convencimento e sensibilização dos profissionais assistenciais para a importância da implantação das ações de segurança do paciente e de qualidade. Para tanto, relatam um movimento de ir a campo, para orientação da equipe, a partir de um evento adverso ou de um problema da prática por meio de atuação *in loco*, buscando romper um modelo institucionalizado de trabalho fragmentado, em prol de um trabalho dinâmico e proativo.

[...] eu acho que a gente ainda está muito distante deles [profissionais assistenciais], a gente já melhorou muito em relação a isso, até com essa questão do treinamento *in loco*, a nossa ida ao setor, a gente já conseguiu aproximar muito mais as equipes e mostrar, para eles terem a percepção da importância dos protocolos, das ações, das notificações. Mas ainda tem muito a melhorar nesse ponto, tem muito funcionário que ainda não sabe o que é a gestão de risco, quem é o coordenador da gestão de risco, o que é a qualidade, que tem um setor de qualidade dentro do hospital, isso ainda é muito cru para os profissionais. Eu acho que a gente precisa trabalhar um pouco mais essa aproximação [...]. (EH6)

Os participantes defendem que os serviços de apoio devem ser organizados dentro de um plano de EPS que envolva a instituição e seja norteado por ações que visem à segurança do paciente e à qualidade na instituição. Quanto a isso, as ações realizadas pelos serviços de apoio *in loco* podem ser consideradas práticas de EPS, visto que são realizadas dentro de um movimento institucional de melhoria da segurança do paciente e da qualidade.

[...] aí sim, agora de repente montar o plano de educação permanente [...] porque o plano de educação permanente ele tem que estar montado de forma que os setores participem do processo de formação dos servidores, que ele também seja membro da educação permanente. Claro que tu precisas de uma estrutura mais robusta para poder trabalhar educação permanente, para ter essa interlocução, para estar montando, estar organizando, mas ao mesmo tempo tu precisas que tenha dentro dos setores os serviços casados, organizados dentro do plano de educação. (ER6)

Nesse sentido, as práticas educativas são realizadas no ambiente e no horário de trabalho, o que favorece a participação do profissional e, para tanto, são feitos acordos com as chefias das unidades para ajustes na escala de trabalho. Assim, a ação *in loco* é uma oportunidade de aproximação dos serviços de apoio com os profissionais assistenciais, sendo que promove a motivação e interação multiprofissional e envolve a equipe de saúde na discussão dos problemas laborais. A realização de práticas educativas pontuais direcionadas à problemática de determinados setores, cuja abordagem volta-se para pequenos grupos e rodas de conversa, apresenta menos resistência e mais compromisso dos profissionais assistenciais. Essas abordagens favorecem a interação profissional, porém a relação precisa ser participativa e não apenas instrutiva.

[...] o meu envolvimento com o DEP e todas essas ramificações, SCIH e gerenciamento de resíduos e outros [serviços de apoio] é esse, elas mandam as determinações, que claro são feitas de acordo com as determinações de ministério e tal, e eu tento adequar o máximo que eu consigo aqui dentro, dentro das particularidades do setor. (ET6)

Como contraponto, alguns participantes relatam que a gestão é mais participativa quando a atuação dos serviços de apoio não se restringe apenas em passar instruções e supervisionar, mas busca construir o processo juntamente com a equipe multiprofissional. Essa relação precisa considerar o conhecimento de todos os atores para se chegar a um consenso sobre a melhor forma de intervenção. Ainda, o compartilhamento dos resultados da análise dos indicadores de segurança e qualidade com os profissionais assistenciais tem sido utilizado como estratégia de interação em alguns hospitais, tendo como resultado uma melhora da adesão às ações propostas.

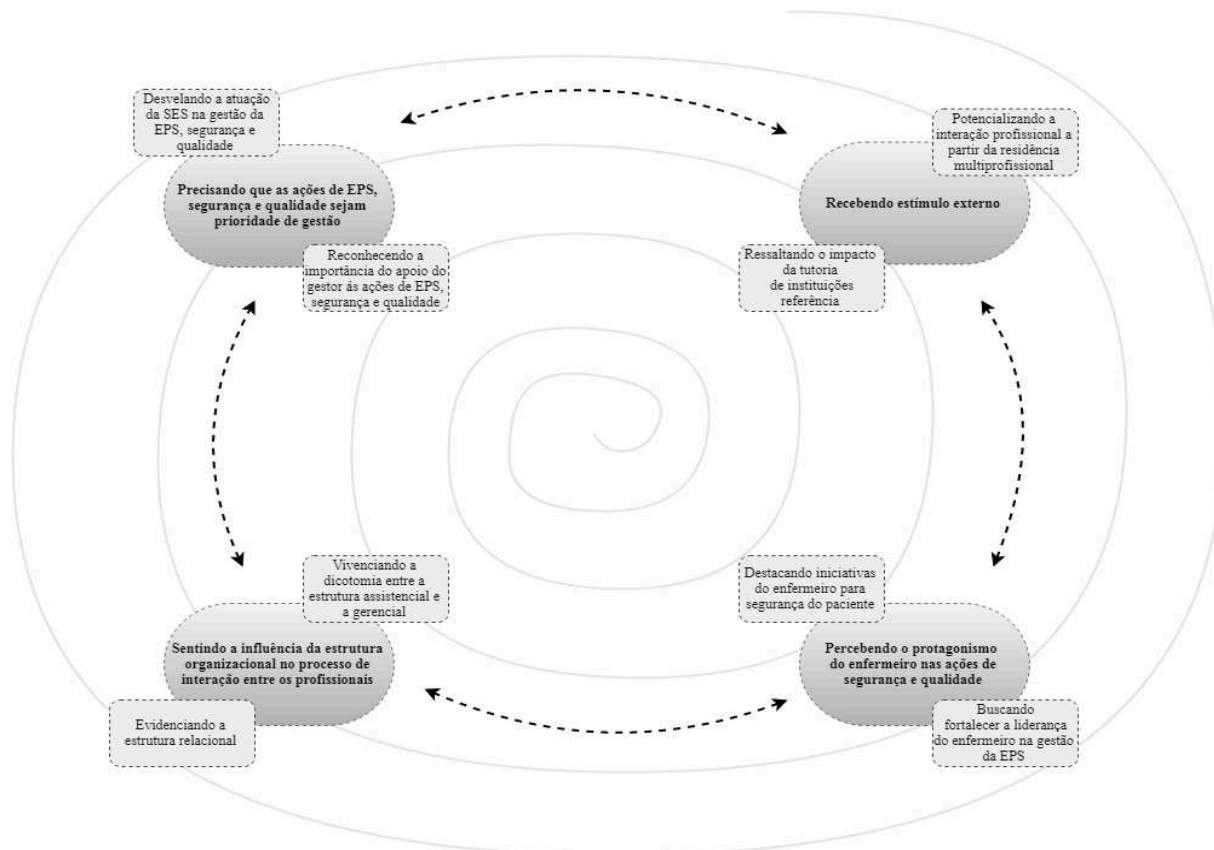
[...] Todos os indicadores que a gente trabalha, a gente devolve para a equipe mensalmente. Em forma de gráfico, em forma de tabela autoexplicativa. Todo mês a gente manda para unidade, para eles [profissionais] saberem como é a nossa média, a nossa linha de tendência [...] na UTI a gente tem mais indicadores, por ser um lugar mais complexo, tem uma maior incidência também de infecções, a gente procura apresentar pelo menos duas vezes por ano, tentando mostrar para a maior parte da equipe [...]. (EH3)

[...] ninguém está me dizendo se estou melhorando ou não estou melhorando, ninguém está me dando esse retorno. Dizem que aqui tem tanto de índice de infecção, mas não dizem o que significa essa informação. Essa é uma coisa que eu penso que urgentemente eu preciso ir lá [unidades assistenciais] e explicar o que significa, porque realmente as pessoas não sabem [...]. (ET3)

5.2 COMPONENTE AÇÃO-INTERAÇÃO

O componente Ação-interação apresenta as respostas aos eventos e situações, bem como a respeito da sua movimentação por meio de um significado. O componente é representado por quatro categorias e suas respectivas subcategorias, as quais foram ilustradas com relatos dos participantes do estudo. A Figura 12 apresenta o diagrama representativo do componente Ação-interação.

Figura 12 – Diagrama representativo do componente Ação-interação



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

A primeira categoria **Sentindo a influência da estrutura organizacional no processo de interação entre os profissionais** é composta por duas subcategorias. A primeira subcategoria **Vivenciando a dicotomia entre a estrutura assistencial e a gerencial** revela como a estrutura organizacional dos hospitais interfere nas relações e interações profissionais.

A fragmentação entre estrutura assistencial e gerencial nos hospitais foi considerada uma questão cultural, evidenciada nesse estudo pelo pouco (re)conhecimento do trabalho realizado pelos serviços de apoio por parte dos profissionais da assistência, ou seja, grande parte das ações assistenciais e gerenciais são realizadas de forma isolada.

Culturalmente, ocupar um cargo administrativo na coordenação de um serviço de apoio tem o significado de “progressão” profissional, já que é visto como um trabalho mais valorizado que o assistencial, considerando a hierarquia institucional. Porém, os participantes relatam que a progressão normalmente está condicionada às relações de afinidade e não à competência do profissional, o que acaba aumentando o distanciamento entre essas duas dimensões. Apesar de essa realidade estar em movimento diante da necessidade de

profissionais capacitados na coordenação dos serviços de apoio, ela ainda está presente na realidade das instituições.

[...] quando eu estava na assistência, eu via muito isso. Você desanima em querer progredir porque na verdade você só vai progredir para algum lugar se tiver alguém para te levar, dificilmente você consegue progredir por conhecer bem a tua área, dificilmente isso acontece [...] então você vai chegar no administrativo se você tem uma boa relação com quem já está no administrativo [...]. (ET3)

O distanciamento entre os serviços de apoio e as unidades assistenciais é revelado pela pouca interação entre os profissionais “do lado de cá” (administrativo) com os profissionais “do lado de lá” (assistencial), resultando em baixa adesão à notificação de eventos adversos, e práticas de EPS, e dificuldade na implantação dos protocolos de segurança do paciente. Os participantes relatam que essa interação é prejudicada pela demanda de trabalho intensa nos hospitais, como também pela cultura de fragmentação do trabalho.

Nesse sentido, os participantes percebem a necessidade da aproximação dos coordenadores dos serviços de apoio com as unidades assistenciais, assim como da participação dos profissionais assistenciais no processo gerencial. Este último é fundamental para a compreensão dos objetivos dos serviços de apoio na instituição e do papel de colaborador no processo de planejamento e implantação das ações.

[...] eu sempre estive na assistência, desde que eu entrei aqui eu estive do lado de lá, então quando a gente está do lado de cá é bem diferente, a visão é outra, é tudo diferente, você tem outra visão do hospital, por incrível que pareça, parece que não é o mesmo hospital o que eu trabalho aqui e o que eu trabalhava lá [...] na verdade, lá na assistência, a gente se coloca muito distante da parte administrativa, você não participa de certa forma desse momento administrativo, você não entende muito bem, não tem esse entendimento do que essas pessoas fazem do lado de cá [...]. (ET3)

Além disso, os entrevistados reforçam que a aproximação dos serviços de apoio deve manter o foco nos projetos institucionais, todavia considerar cada unidade assistencial individualmente, sendo que cada uma apresenta um cenário único, com dificuldades e potencialidades características e peculiares. Essa abordagem inclui a EPS, que pode ser realizada *in loco*, dada a maior adesão profissional a esse tipo de modalidade.

O fato de alguns serviços terem sido impostos por determinações legais fez com que nem sempre o coordenador desses serviços tivesse a compreensão necessária da proposta e tivesse dificuldade para disseminá-la na instituição. Contudo, os coordenadores dos setores de

apoio são considerados atores-chave no processo de interação profissional, visto que depende da sua organização - e não de um movimento inverso - o planejamento das ações, o estímulo para participação no processo gerencial, assim como disponibilidade para auxiliar esses profissionais atuando nas unidades assistenciais.

[...] a ideia é que a gente possa municiar as áreas de ferramentas para eles atuarem com a qualidade. A qualidade não vai ficar aqui nesse ambiente do escritório, mas sim com os profissionais no dia a dia deles, então de que forma? Ensinar a metodologia, registros de não conformidade, de melhoria, formalizar os registros de treinamento, fomentar que as pessoas sejam treinadas, revisar periodicamente os documentos da padronização, implantar auditorias internas e indicadores de qualidade [...]. (ER1)

Os participantes defendem que o coordenador do serviço de apoio seja um profissional com experiência assistencial prévia na instituição, considerando a empatia um recurso essencial no processo de interação e aumento da adesão dos profissionais assistenciais às ações propostas.

[...] então eu vejo que para nós é um facilitador, para os nossos serviços, ter a experiência [...] trabalhei em quase todas as clínicas, trabalhei na UTI, então as pessoas nos conhecem dentro do hospital, e eu acho que isso é um facilitador, porque se eu falo, por exemplo, de cuidado de prevenção por pressão, as pessoas sabem que eu estou falando com conhecimento, sabem que eu não vim de fora e trouxe algo pronto, então eu acho que isso talvez seja nossa melhor carta na manga, o que facilita a abertura para conversar com as pessoas [...]. (ET1)

A prática da sensibilização dos profissionais foi citada como um fortalecedor para a aproximação e participação dos profissionais nas práticas de EPS. No entanto, se, por um lado a imposição ou obrigação foi relatada por vezes como prejudicial a um processo de interação saudável entre os profissionais, por outro, foi citada como a única solução para o envolvimento dos profissionais diante de uma cultura institucional de negação às ações educativas. Por isso, percebem que o aperfeiçoamento profissional deve ser obrigatório e constar no estatuto do servidor público estadual, visto que o Estado não dispõe de medidas administrativas que favoreçam a adesão do profissional a uma cultura de educação.

[...] acho que o nosso maior desafio é mesmo trabalhar essa questão de amarrar de alguma forma para que os treinamentos sejam realmente obrigatórios, sejam parte do teu processo de trabalho ou aprendizado, e criar uma cultura disso [...] a gente vem tentando, mas sem ter uma medida de obrigatoriedade a gente não tem conseguido [...]. (EH3)

A segunda subcategoria **Evidenciando a estrutura relacional** mostra que as relações interpessoais precisam ser uma preocupação dos gestores para que a gestão da EPS, segurança e qualidade efetive-se na prática.

Os participantes revelam que, apesar de a estrutura física e organizacional muitas vezes não favorecer a interação entre os profissionais nas instituições, essa condição não é percebida como uma barreira para a gestão da EPS, segurança e qualidade, mas indica a necessidade de adequações. Afirmam ainda que o principal desafio está no distanciamento relacional, ou seja, em como as relações interpessoais se estabelecem no contexto laboral.

[...] acho que o espaço não vai fazer diferença, se eu estou próxima ou distante no momento de interagir, de tomar uma decisão. Até porque para nós de certa forma todo mundo teria que de alguma forma estar participando, todas as chefias, e a gente tem chefias espalhadas no hospital inteiro. (ET3)

Assim, a necessidade de espaços de interação na instituição hospitalar - ou até mesmo fora dela - foi realçada no sentido de favorecer o envolvimento interpessoal e melhorar o entrosamento entre os profissionais. Esses espaços coletivos são oportunidades de integração que possibilitam a discussão e aproximação da equipe multiprofissional. Essa aproximação facilita a convivência diária, sendo esse um processo que envolve conhecer o outro, respeitá-lo e colocar-se à disposição para contribuir.

Uns anos atrás, todo mundo se conhecia, e hoje tem funcionários que estão trabalhando aqui a dois, três meses e eu não conheço [...] é uma pena que a gente não tenha mais essas integrações, não fazer reunião para a gente discutir trabalho, mas fazer reunião para a gente se conhecer, para melhorar o entrosamento, eu acho que quando você tem uma equipe entrosada todo mundo se dá melhor [...] não digo só na enfermagem, mas na enfermagem, farmácia, fisioterapeuta, o grupo multiprofissional, todo mundo precisa estar integrando, porque a gente não trabalha sozinho. (ET4)

No entanto, o espírito de equipe é considerado frágil nas instituições hospitalares. Essa expressão significa que os profissionais precisam aprender a discutir, concordar, discordar e buscar consensos, ou seja, fazer acordos sobre o que for melhor para a instituição e não para si mesmos, ou para sua categoria profissional. Assim, percebe-se que os conflitos interpessoais presentes no ambiente hospitalar são geradores de conflitos laborais e interferências negativas no processo de trabalho, desenvolvimento de projetos institucionais e processos de mudança.

[...] de repente por causa de dois médicos não poderíamos ter o credenciamento de hospital amigo da criança [...] isso é uma coisa que me choca muito, porque a gente não tem nem um espírito de equipe [...]. (ER7)

[...] o que eu faço de mediação entre diretor de hospital, corpo de enfermagem, e pessoal da educação permanente é impressionante! Que chega uma hora que eles ficam em conflito mesmo e ninguém quer saber de mais nada. (ES2)

A comunicação falha foi considerada uma deficiência nos hospitais públicos, um dos principais impeditivos para a interação profissional nas instituições hospitalares. Entre seus elementos, destaca-se a divergência de ideias e de condutas entre os profissionais, cuja causa está relacionada, neste estudo, à falta de padronização nas instituições e à formação diferenciada dos profissionais de saúde. Os profissionais reforçam que estabelecer canais ou instrumentos de comunicação pode contribuir para a multidisciplinaridade nas instituições.

Quanto a isso, algumas experiências demonstraram que o NQ vem investindo em ações que visam favorecer a comunicação entre os profissionais. Para isso, criou-se um jornal interno para divulgar boas práticas no hospital, assim como listas de transmissão de notícias por meio de um aplicativo digital, como uma forma mais instantânea de comunicação. Ainda, nos murais, ficam expostas somente informações úteis do ponto de vista institucional para os funcionários.

É comum nas instituições hospitalares, considerando a hierarquia institucional, que as informações sejam passadas dos gestores e coordenadores dos serviços de apoio para as chefias das unidades assistenciais esperando-se que estas compartilhem as informações e decisões com suas equipes de trabalho. No entanto, foram relatadas falhas nesse fluxo de informações.

Por isso, os gerentes de enfermagem buscam encurtar a distância entre direção e equipe técnica, incluindo esses profissionais em reuniões e comissões na instituição. Essas iniciativas, apesar de revelarem a cultura hierárquica nas instituições hospitalares, representam a percepção da necessidade de envolvimento desses profissionais para que os projetos e ações institucionais se efetivem.

[...] o que falta é a gente ter mais reuniões com as equipes e as chefias também terem reuniões com os grupos para passar as informações. Uma coisa que a gente discutiu ano passado, e que nós vamos conseguir ano que vem, seria fazer um grupo formado principalmente por técnicos para melhorar nossos conflitos, e repassar para eles algumas informações que talvez a chefia não passou [...]. (ER8)

A segunda categoria **Precisando que as ações de EPS, segurança e qualidade sejam prioridade de gestão** apresenta como primeira subcategoria **Reconhecendo a importância do apoio do gestor às ações de EPS, segurança e qualidade**, a qual aborda a

necessidade de planejamento, participação e cobrança dos gestores, em especial do diretor dos hospitais, em relação à implantação de ações e projetos nas instituições hospitalares.

A implantação de projetos gerenciados por instituições hospitalares de referência no Brasil exigiu como principal apoiador o diretor do hospital. Ter alguém da direção auditando os processos e cobrando foi percebido como algo gratificante para os profissionais envolvidos. Ainda, a aproximação dos profissionais com a direção, assim como a relação de parceria estabelecida para o desenvolvimento das ações motivou a colaboração dos profissionais em relação à implantação do projeto.

[...] as reuniões desse projeto eram feitas dentro da sala do diretor, todo momento se ele não participava, a gerência técnica participava, porque tinha uma cobrança entendeu? [...] e a gente fez várias reuniões, a gente fazia com todo mundo que estava ligado ao processo dentro da emergência [...] todo mundo se empenhou em enxugar o processo porque tinha alguém aqui dentro fazendo uma auditoria se isso estava funcionando ou não, se não tivesse funcionando na reunião da semana seguinte chamava todos os envolvidos: 'Porque que não tá funcionando? Eu quero saber!' [...] as coisas tinham resolutividade porque tinha cobrança e, para funcionar, tem que ter essa cobrança. (ER5)

Após troca de gestor, a implantação de outro projeto não teve os desdobramentos esperados devido ao envolvimento incipiente da direção. Os participantes afirmam que o envolvimento da direção nos processos de mudança é essencial.

[...] muitas vezes a própria direção não tinha membro dentro das reuniões de planejamento e de organização, então a direção não estava participando, ela estava acompanhando, estava dando respaldo para o projeto, mas ela não estava integralmente dentro do projeto [...]. (ER6)

[...] porque as ações menores a gente vem fazendo, todos fazem, de alguma forma, todos os coordenadores, todos os enfermeiros de alguma forma fazem, só que as ações que geram maior impacto, que visivelmente vão gerar algum retorno maior, vão ser aquelas ações que vai precisar do apoio da direção em algum momento [...]. (EH5)

Em resumo, alguns gestores são proativos e buscam inovação aproximando a direção dos projetos de melhoria da assistência. Outros foram considerados mais conservadores e apresentaram resistência em relação a iniciativas de implantação de novos projetos na instituição. Os participantes defendem que o apoio da direção está condicionado essencialmente ao perfil do gestor, à prioridade de gestão e à compreensão da importância dos serviços de apoio.

[...] eu já fui gerente de enfermagem e percebia a dificuldade e fragilidade devido à falta de apoio da própria gestão para a gente desenvolver esse tipo

de atividade [projetos de melhoria] [...] hoje as unidades em que a gestão está mais próxima conseguem se desenvolver melhor, as outras [unidades hospitalares] precisa estimular um pouco mais. Talvez elas não tenham percebido a importância disso [projetos de melhoria]. (ES1)

Segundo os participantes, a importância do trabalho realizado pelos serviços de apoio não é percebida pelo gestor por causa do distanciamento entre a direção e esses serviços, pouca estrutura e recursos humanos insuficientes. Essa interação normalmente fica restrita à solicitação de recursos financeiros para o desenvolvimento de ações de segurança do paciente e qualidade.

[...] com a direção geral a relação é mais pela questão burocrática mesmo, se você precisa de uma compra de alguma coisa, não tem essa participação no serviço em si deles, é mais essa questão administrativa mesmo. (ET2)

[...] a gente precisa de um apoio da direção porque muitas coisas que são ações de segurança do paciente elas dependem que a gente tenha material, por exemplo, quando a gente implantou a questão da identificação, a gente implantou com a pulseira tudo certinho e bonitinho. Segundo mês que a gente tinha implantado, faltou pulseira na secretaria, e aí se a gente não tem apoio da direção, se a direção não ajuda a cobrar lá da secretaria, o negócio demora muito tempo para ser resolvido [...]. (EH7)

Assim, participantes citam a importância de os serviços de apoio medirem os resultados das ações, ou seja, comprovarem a partir de dados numéricos a importância de alguma ação ou investimento necessário à direção. No entanto, isso foi considerado um desafio, dada a dificuldade dos profissionais em trabalhar com indicadores e a falta de interesse dos gestores em relação a esses resultados.

[...] a gente ainda tem um pouquinho de resistência na discussão de resultados de indicadores básicos de gestão, como por exemplo, taxa de ocupação e intervalo de substituição de leitos, que é uma coisa muito interessante para gestão. A gente ainda não consegue sentar com a gestão e discutir esses resultados, eles ainda não têm esse entendimento de que fazer isso é importante e que isso pode auxiliar no resultado de problemas que eles enfrentam todo dia [...] nesse quesito de sentar e mostrar os resultados e discutir esses resultados para planejar ações, a gente ainda tem que melhorar. (EH6)

Nesse cenário, apesar de o gerente de enfermagem acompanhar o desenvolvimento das ações dos serviços de apoio dando suporte e fazendo a interface com o diretor, a sua ação se restringe apenas à enfermagem. Dessa forma, segundo os participantes, o papel do diretor seria fortalecer a interação da equipe multiprofissional, cobrar dos profissionais seus deveres e atribuições, visto que a implantação dos protocolos de segurança do paciente carece do envolvimento e participação de todos os profissionais atuantes na instituição.

Os participantes citam a necessidade de uma gestão compartilhada que considere ouvir a multidisciplinaridade, compartilhando o processo gerencial com todos os profissionais da instituição. Referem ainda que ouvir as pessoas é essencial nesse processo, no intuito de modificar uma realidade em que o processo de decisão é centralizado na direção.

[...] apoio para mim é fazer reuniões, ser gestão participativa, compartilhar, explicar [...] colocar para a equipe, que talvez venha uma resposta, venha uma solução que nem se imaginava. Tentar compartilhar e ver o que é prioridade no hospital [...] porque está cansativo para todo mundo, mas se todo mundo se abraçar e se ajudar conseguiremos resolver. (ER8)

A segunda subcategoria **Desvelando a atuação da SES na gestão da EPS, segurança e qualidade** apresenta as iniciativas da SES visando à qualidade e à segurança nos treze hospitais públicos estaduais com administração direta.

Entre outras atribuições, a SES realiza a gestão dos recursos financeiros e é responsável pela contratação de recursos humanos, compra de materiais e outros insumos. Apesar de a SES possuir legitimidade para gerenciar as instituições hospitalares, busca-se dar autonomia aos hospitais em relação a sua organização interna, a qual fica sob a responsabilidade da direção de cada hospital.

[...] quem gerencia a instituição é o diretor, a SES não tem esse poder. [...] sugerir a gente até pode, a gente até sugere algumas coisas quando a gente faz as nossas visitas, mas é bem dentro da área técnica, a gente não passa do limite de autoridade deles. (ES3)

Os participantes relatam ser importante dar autonomia aos hospitais, porém evidenciam a necessidade de acompanhar de perto seu desenvolvimento. Para tanto, embora a SES apresente uma atuação ativa em relação à gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade, os participantes afirmam que a presença física de seus representantes nos hospitais é essencial.

Percebendo essa necessidade, a SES buscou uma aproximação a partir da Superintendência dos Hospitais Públicos (SUH), a qual é responsável por orientar e auxiliar os hospitais a se adequarem às exigências da vigilância sanitária por meio de uma consultoria de apoio técnico e emissão de auto de irregularidades. A intenção era a implantação do escritório de qualidade, como projeto piloto, em uma das instituições hospitalares do estado.

O projeto prevê a realização de auditoria de qualidade nos hospitais, verificando a implantação e funcionamento de alguns serviços de apoio e auxiliando na implantação de protocolos e na seleção de indicadores de qualidade. Assim, no sentido de divulgar o projeto,

a SUH promoveu palestras sobre o tema em hospitais do estado. No entanto, devido ao distanciamento entre a SES e os hospitais, essa aproximação, em um primeiro momento, gerou estranhamento e resistência dos profissionais.

A secretaria esteve meio longe dos hospitais [...] agora nós estamos nos aproximando das unidades, então eu percebi que eles [profissionais] meio que se assustaram um pouco assim: ‘Meu Deus! Nunca vieram e agora estão fazendo o que aqui?’ ‘Não, a gente veio para ajudar, a gente veio para dar apoio técnico, a gente veio para fazer uma padronização, para ajudar a fazer várias coisas’. Só que percebi que eles estão um pouco armados ainda, porque eles não estão acostumados com visitas externas, a não ser a punitiva, a preventiva não. (ES3)

[...] em alguns projetos alguns técnicos da secretaria se fazem mais presentes [...] mas é bem pouco, tu não vê eles aqui dentro a não ser que seja para uma reunião muito estratégica, eles não acompanham o processo de trabalho, eles não estão perto da ponta, vivem parece que em uma ilha. Então eu acho a aproximação muito pouca. Existem linhas lá dentro da secretaria que sequer pisam aqui dentro do hospital, quando vem aqui algumas vezes por ano é para criticar [...], principalmente nos setores e unidades, o pessoal que está na ponta na verdade sequer vê a presença da secretaria. Se perguntar quem é, o nome dos gestores, das pessoas que estão lá na secretaria, sequer conhecem [...]. (ER6)

Nesse sentido, para implantação de projetos do MS, a SES optou por instituições com maior receptividade, já que em alguns hospitais a implantação de novas tecnologias apresenta maior resistência. Cabe ressaltar que o gestor da instituição hospitalar possui autonomia para aceitar ou não projetos extrainstitucionais, assim como desenvolver projetos sem a participação ou autorização da SES.

[...] nos é oferecido e a gente chama a instituição que a gente imagina que vai ter uma receptividade maior. Nós temos unidades de altíssima complexidade que é difícil você implementar uma tecnologia nova ou tentar implementar, não sei, ou o ambiente está muito fechado ou está muito apertado [...]. E vai muito também do gestor que está no momento [...]. (ES2)

Na SES, a DEPS foi criada em 2006 a partir de um movimento nacional de direcionamento da EPS em consonância com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) do MS. A DEPS envolve o COSEP e o Núcleo de humanização (NH), além de ter interface com os municípios através dos CIES. Essa diretoria promove encontros mensais dos coordenadores dos NEPs das instituições hospitalares com o objetivo de discutir EPS.

Outra forma de atuação da SES na gestão dos processos de segurança e qualidade nos hospitais acontece por meio do COSEP, instituído a partir do PNSP em 2013 e

legitimando por meio de portaria estadual. As reuniões ocorrem na SES e buscam reunir os coordenadores dos NSPs dos treze hospitais públicos estaduais com objetivo de construir protocolos estaduais de segurança do pacientes a partir dos protocolos do MS e, dessa forma, buscar uma padronização das ações de segurança do paciente nos hospitais. Esses protocolos foram tidos como diretrizes do estado para instrumentalização profissional, no entanto, os participantes referem-se ao seu processo de construção como algo moroso, justificado pela urgente necessidade de implantação nos hospitais.

O COSEP é visto como um espaço de troca de experiências de extrema relevância, um dos poucos espaços e momentos de discussão em equipe nos hospitais. Além disso, é tido como um espaço de desenvolvimento de potencialidades e empoderamento profissional, por oferecer atividades organizadas capazes de contribuir para o desenvolvimento dos profissionais por meio da construção coletiva, embora a dificuldade dos profissionais em trabalhar sob a forma de gestão colegiada tenha sido percebida.

[...] a nossa vivência mostra que a maioria [dos profissionais] não está acostumada a trabalhar em meio à gestão de um colegiado [...] as pessoas vêm [para a reunião] para se nutrir [de experiências], para levar para suas unidades. Na verdade é isso também, mas principalmente, como nós vamos nos organizar e nos estruturar para auxiliar no desenvolvimento dessas ações e dessas unidades. (ES1)

Além do COSEP, o Comitê de Humanização também foi considerado um espaço de discussão e troca de experiência, o qual prevê a implantação do NH nos hospitais. Ainda, a partir da PNH, o AcolheSUS é um projeto do MS que contribuiu para a aproximação da SES da instituição hospitalar escolhida para implantação do projeto. Esse projeto busca fazer um diagnóstico da instituição, discutir a EPS, favorecer o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, inserir a instituição hospitalar na RAS e incluir o paciente nos processos de cuidado. Cabe ressaltar, porém, que esse aspecto foi pouco citado pelos participantes.

[...] nesse projeto AcolheSUS, por exemplo, três ou quatro pessoas da secretaria se revezam, compondo a equipe do AcolheSUS. Nós temos membro da secretaria dentro desse projeto, uma frente que realmente está olhando para dentro do hospital é a da humanização [...]. (ER6)

Outras iniciativas da SES, a fim de favorecer a instrumentalização do enfermeiro para o desenvolvimento e implantação da SAE nas instituições hospitalares, são a organização de uma especialização sobre a SAE e a inclusão desta no plano estadual de saúde, visto que, apesar de prevista em lei, a SAE apresenta diversas dificuldades para a sua implantação na prática profissional do enfermeiro no cenário hospitalar.

[...] foi uma luta para colocar [a SAE] no plano estadual de saúde porque o que eles [gestores] diziam que era uma coisa muito específica da enfermagem e questionaram a sistematização das outras profissões. A nossa justificativa foi de que primeiro 60% ou 70% da força de trabalho nas unidades é da enfermagem, então a gente já pode pensar que tem que ter um lugar mais ampliado para isso e segundo que a enfermagem tem a sistematização prevista no seu processo de trabalho. (ES1)

A terceira categoria **Recebendo estímulo externo** é composta por duas subcategorias. A primeira subcategoria **Potencializando a interação profissional a partir da residência multiprofissional** descreve como a residência multiprofissional contribui para a interação entre os profissionais na gestão da EPS, segurança e qualidade.

O programa de residência multiprofissional surgiu a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 e foi coordenado conjuntamente pelo MS e Ministério da Educação (MEC). Começou a ganhar força no estado de Santa Catarina após a divulgação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), instituída por meio das Portarias Interministeriais n.º 1.077/2009 e n.º 1.320/2010, e das alterações na Portaria n.º 6/2014.

A partir de 2016, com o edital de ampliação das vagas de residência multiprofissional, os hospitais que tivessem um serviço de residência médica poderiam ser proponentes de uma residência multiprofissional sem precisar de uma instituição de ensino vinculada ao programa de residência. Para isso, as exigências em relação à estrutura eram as mesmas, já que a instituição hospitalar precisaria ter uma estrutura mínima e capacidade de autogestão do ensino.

Assim, após essa mudança nas exigências do MEC, os hospitais começaram a se mobilizar para a implantação da residência multiprofissional. Apesar de a elaboração do projeto e de a estruturação da instituição para receber o programa ser considerado algo que ainda dificulta a implantação da residência multiprofissional nas instituições do estado, existe um interesse por parte destes devido às experiências positivas que o programa vem proporcionando às instituições.

Segundo relatos, a elaboração do projeto de residência multiprofissional depende da estrutura física, de recursos humanos da instituição e passa por uma avaliação minuciosa do MEC. A aprovação do projeto, no entanto, não garante bolsas de estudo para os residentes. Dessa forma, a expansão do programa de residência multiprofissional foi considerada incipiente no estado, que possui apenas dois hospitais com o programa implantado e três em processo de avaliação do projeto pelo MEC. Entre os impasses para a implantação do

programa, foi citada a exigência do MEC de que, na sua constituição, a comissão seja coordenada por um mestre ou doutor na área.

[...] tem alguns critérios para você montar a COREMU [Comissão de residência multiprofissional], por exemplo, o coordenador precisa ter no mínimo um mestrado, então às vezes as pessoas que estão lá na área da assistência não são pessoas que são da área acadêmica [...] a área acadêmica, mestrado e doutorado, às vezes não está dentro do hospital, então essa é uma dificuldade [na implantação da residência multiprofissional] [...]. (ES4)

Com a nova configuração do programa, os preceptores e a parte pedagógica são vinculados diretamente à unidade hospitalar. Segundo os participantes, essa modificação não alterou a qualidade do ensino e apresentou resultados positivos em relação à interação dos profissionais enquanto equipe interdisciplinar, porque a residência está vinculada à própria atuação dos profissionais, ou seja, os preceptores são os próprios profissionais atuantes. No entanto, a necessidade de mais tutores e preceptores para todas as disciplinas ainda é um impeditivo para expansão da residência multiprofissional nos hospitais, assim como a necessidade de remuneração específica.

[...] existe a necessidade de ter número suficiente de tutores e preceptores para todas as áreas. Então já aconteceram casos de que o programa não foi aprovado porque um determinado serviço, por exemplo, um hospital menor, tinha três profissionais daquela área e aí acabava não sendo possível ter residência naquela área específica. Então isso acaba travando todo um projeto com cinco, seis [áreas] porque tem que ter o número suficiente de profissionais para atender a carga horária do programa de residência [...] e batendo na questão de pagamento de preceptores, não existe previsão dessa contrapartida dentro das bolsas do ministério, o que acabou dificultando a implantação [...] o que está faltando hoje dentro desse contexto é que a gente tenha algum incentivo para esses profissionais que estão como preceptores dentro dos hospitais, pois na residência multiprofissional isto não está ainda regulamentado [...]. (ES4)

Dessa forma, as instituições hospitalares gerenciam a residência multiprofissional sem a interferência da SES, à qual cabe a atribuição de oferecer apoio técnico aos profissionais no processo de inscrição, além da divulgação dos editais por meio do centro de estudos dos hospitais. Essa gestão foi considerada pelos participantes como mais eficiente que a gestão realizada anteriormente por instituições formadoras, pois todo o processo de seleção, formação e avaliação dos residentes é realizado dentro da instituição.

O impacto da residência multiprofissional em um curto período de dois anos tem se mostrado relevante para reduzir consideravelmente as barreiras entre as disciplinas e modificar as relações profissionais. Segundo os participantes, a residência multiprofissional

trouxe uma melhora considerável na relação entre teoria e prática, assim como na própria assistência por potencializar o serviço e a qualidade da discussão entre os profissionais, visto que os saberes de cada profissional possuem mesma importância.

A residência apresenta como ponto positivo o fato de o residente ser um profissional formado com titulação e responsabilidades legais concedidas pelo registro profissional. Devido à carga horária de 60 horas semanais e à obrigatoriedade de contemplar diversas ações, a participação dos residentes em todos os processos e projetos institucionais é ativa, em que se inclui a construção dos protocolos de segurança do paciente e sua disseminação para os profissionais, além da colaboração em ações educativas.

[...] a equipe multiprofissional é participativa até por conta da residência multiprofissional, por que nós temos fisioterapia, psicologia, farmácia, enfermagem, então a gente acaba tendo uma interação muito grande dessas profissões por conta da residência, acabam fazendo treinamentos para os residentes e os outros membros da equipe acabam participando [...]. (EH7)

[...] esse é o segundo ano de residência multiprofissional no hospital, e eles [residentes] também acabam trazendo aulas para a gente, eles estão mais presentes, e a gente discute sobre vários assuntos. Porque antes era só o enfermeiro e os técnicos [de enfermagem], e a gente que fazia as nossas aulas internas. Agora eles que estão trazendo assuntos para a gente e nós passando para eles também. (EH2)

[...] o residente realmente qualifica o serviço e auxilia, ele tanto está aprendendo quanto está auxiliando na execução, pois é um profissional formado. Então algumas áreas entenderam que no começo ia ser muito trabalho estruturar um programa de residência porque você vai ter uma seriedade no trabalho. O Ministério da Educação tem bastante exigência para ter um programa de residência, então é bastante trabalhoso mas, por outro lado, haveria um prêmio, vamos dizer assim, que é receber esse profissional para ajudar no serviço, então as áreas acharam que valia a pena esse esforço de fazer esse projeto, pelo menos a maioria delas. (ER1)

Nesse tocante, os gestores acreditam que a residência multiprofissional possui a ruptura da fragmentação disciplinar nas instituições hospitalares como principal desafio. A utilização do centro de estudos, por exemplo, por todos os profissionais da instituição foi considerada melhor nos hospitais com residência multiprofissional. Contudo, reforçam que a gestão das residências, multiprofissional e médica, precisa acontecer em conjunto e, para tanto, os participantes defendem a importância do entendimento e apoio do diretor do hospital. A própria implantação da residência multiprofissional nas instituições hospitalares foi relacionada ao apoio da direção, visto que necessita de estrutura (física e material) e recursos humanos exclusivos.

[...] hoje teria que trabalhar de outra forma, entrar na área acadêmica, mas a estrutura de trabalho [nos hospitais] não está destinando tempo para isso, tem que organizar o serviço, por isso que tem que ser muito em sintonia com a direção do hospital. A direção tem que querer, porque tem que entender que talvez tenha que ter uma carga horária para isso, para poder implementar um programa de residência. Então o pontapé inicial é difícil de dar por conta desse processo, você não tem uma estrutura específica para isso [...]. (ES4)

A segunda subcategoria **Ressaltando o impacto da tutoria de instituições referênci**a revela como iniciativas ministeriais, tais como o PROADI-SUS, são capazes de favorecer a interação entre os profissionais nas instituições hospitalares na gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade.

O desenvolvimento de projetos por hospitais filantrópicos de excelência repercutiu na adesão aos protocolos de segurança do paciente, assim como na qualidade dos registros dos profissionais de saúde, conforme se observa neste estudo. São exemplos desse fenômeno o Hospital Sírio-Libanês, o Hospital Moinhos de Vento e as instituições hospitalares do estado, por meio do PROADI-SUS e coordenação do *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, nos projetos “Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil” e “*Lean* na emergência”.

Tais projetos exigem, desde o início, a participação ativa da direção, assim como da equipe multidisciplinar. As reuniões são caracterizadas por espaços de interação em que são discutidas ações de melhoria para situações problemáticas. Inicialmente, os encontros da instituição referênci a com os hospitais aconteceram semanalmente e foram espaçando com o tempo, até a assessoria e o monitoramento acontecerem à distância com base nos indicadores alimentados por profissionais da instituição hospitalar participante.

Percebeu-se que a presença da instituição referênci a nos hospitais aumentou a adesão e o comprometimento dos profissionais às ações propostas, devido ao impacto de ser uma instituição reconhecida por seu serviço de excelência. Ainda, pode-se destacar como causa para os profissionais darem mais importância para o trabalho realizado o fato de a instituição hospitalar ter sido escolhida para participar do projeto e por haver visibilidade e reconhecimento do trabalho realizado para profissionais externos, o que contribuiu para a construção de uma cultura de segurança e qualidade na instituição.

[...] a gente recebeu a visita do nosso hospital coordenador, que é responsável por nos ajudar a implantar o projeto aqui no hospital [...] ficaram dois dias aqui, e muito tempo lá na UTI conversando com os técnicos, com a equipe multiprofissional e falando da importância do projeto, então assim, a gente tem um projeto até o dia que eles vieram e outro projeto a partir dali. O fato de eles terem vindo, de ter alguém de fora nos olhando, vendo o que a

gente estava fazendo, mudou muito a percepção dos nossos profissionais, eles começaram a dar mais importância para o que estavam fazendo, então eu acho que o projeto acabou impactando muito positivamente [...] eles estão tendo um cuidado maior, não que antes o negócio não fosse feito e eles não tivessem cuidado, mas a nossa densidade de infecção começou a baixar, então motivou a equipe a participar [...] aí, como é um projeto de três anos, a gente acredita que até o final isso já vai estar incorporado, já vai ser natural fazer dessa forma [...]. (ET7)

Os participantes relataram que, com o desenvolvimento dos projetos, os serviços de apoio passaram a ter uma atuação mais ativa nas unidades assistências, com práticas de EPS *in loco*, além da interação dos coordenadores entre si e com a direção ter sido potencializada. Dessa forma, os projetos mostraram a importância dos serviços de apoio para os gestores na instituição.

Apesar de a interação multiprofissional ser considerada melhor na UTI mesmo antes do projeto “Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil”, a interação profissional nessa unidade passou a ter um caráter interdisciplinar com a implantação dos *rounds* clínicos e decisão em equipe multiprofissional sobre a conduta de cada paciente. Ainda, nesse cenário foi observada a aplicação das melhores evidências científicas disponíveis por meio de *bundles*, cuja utilização, juntamente a outras ações do projeto, foi incentivada para potencializar o movimento em prol das ações de segurança do paciente e da qualidade.

[...] *round* significa que a equipe multiprofissional vai de leito em leito discutindo sobre todos os pacientes, no caso da parte da enfermagem a escala de dor, se precisa ou não da sonda vesical, os antibióticos, sonda enteral, dieta via oral, as profilaxias para as lesões de córnea, se tem lesão por pressão [...] tem o *checklist* e um [profissional] fica responsável e vai perguntando para toda a equipe, fisioterapeuta, farmácia, nutrição, se discute sobre todos os pacientes [...]. (EH2)

O desenvolvimento do projeto foi percebido pelos profissionais como importante por ser capaz de reduzir a mortalidade e os custos e de melhorar a cultura de segurança e o entrosamento entre os profissionais de saúde, familiares e pacientes. Um desses marcos foi a implantação da visita estendida, a qual permite ao paciente na UTI a presença de um acompanhante por determinado período em que pode participar dos cuidados, se assim preferir, ou apenas fornecer suporte emocional ao paciente. Embora inicialmente tenha havido resistência dos profissionais, os resultados dessa interação foram percebidos na recuperação mais rápida do paciente, como também na diminuição da ansiedade por parte dos familiares.

[...] é muito bom para o paciente, muito bom para a melhora, para a recuperação, para o familiar [...] a equipe também está se acostumando com isso, porque tinha resistência dos técnicos de enfermagem, da equipe de um modo geral que não estava ainda acostumada com isso [...]. (EH2).

O projeto ainda possibilitou, a partir das tutorias, o levantamento de indicadores e orientações em relação à sua utilização. Os participantes perceberam a importância de trabalhar com indicadores, os quais permitem aos gestores e profissionais perceberem o que se está errando e o que é preciso melhorar.

O projeto “*Lean* nas Emergências” trouxe pessoas com outra visão e experiência para dentro da instituição. Com a implantação do projeto, houve um movimento dos profissionais na tentativa de buscar melhorar a segurança e a qualidade da assistência. Um dos principais desafios relatados pelos profissionais em relação à mudança de processos é iniciar o processo diante das dificuldades inerentes ao serviço público de saúde. Nesse sentido, foi considerado motivador ter a tutoria de uma instituição privada de referência com orientações aos profissionais e gestores sobre como iniciar as modificações, o que precisa e é possível modificar com pouco recurso e com impacto positivo em todos os processos. No entanto, os participantes perceberam uma queda no desempenho do projeto quando o monitoramento dos resultados passou a ser realizado à distância pelos tutores.

[...] a gente continua preenchendo [indicadores], eu preencho a planilha e mando para eles, se eu não mando, eles me dão um ‘puxão de orelha’ porque eles estão monitorando a gente, e viram também que já subiu (sic) muito os índices, que já não é mais o que era quando eles estavam aqui. (ER5)

Os participantes revelam que o projeto trabalhou a reestruturação da instituição hospitalar com diversas ações: abertura de sala cirúrgica e consultório médico, e do hospital dia nos finais de semana, mudança na localização de serviços da unidade de emergência e envolvimento ativo do Núcleo Interno de Regulação (NIR) no controle do giro de leito e no gerenciamento do fluxo de pacientes. Os entraves, relacionados a quebras de processo, estiveram ligados a serviços realizados por empresas terceirizadas, quebra de equipamentos, falta de profissionais e absenteísmo. Porém, percebeu-se com o diagnóstico da instituição que a maior barreira para o fluxo de pacientes estava no centro cirúrgico, e então se deslocou o projeto para essa unidade.

[...] daí a gente entra na questão da área cirúrgica [...] relatam que falta material, tem a questão das próteses, não é só a questão de ir lá e operar, a parte ortopédica tem prótese, tem fixador [...] Daí eles [médicos] dizem que essa demanda acaba com a cirurgia deles, porque não tem o material, então a gente iniciou a implantação do *Lean* no centro cirúrgico [...]. (ER4)

Foi observado no relato dos participantes que ambos os projetos apresentaram problemas relacionados à falha de comunicação no início de sua implantação, pois os projetos são desenvolvidos em uma unidade assistencial específica, todavia, acabam impactando na instituição como um todo. Dessa forma, restringir as informações sobre o projeto e a participação dos demais profissionais, incluindo os serviços de apoio, foi uma condição que prejudicou, de certa forma, o desenvolvimento das ações e interferiu no cumprimento das metas estabelecidas.

A falha na comunicação no início do projeto, no caso do “*Lean* nas emergências”, acarretou na dificuldade de entendimento e até de desconhecimento deste pelos profissionais. Os participantes afirmam que a falta de envolvimento de todos os profissionais no projeto foi um reflexo da fragmentação do processo de trabalho vivenciado na instituição. Essa interação precisou ser construída no decorrer do desenvolvimento das ações, visto que a ideia é que, conforme os gargalos vão sendo identificados, o projeto se expanda a outras unidades assistenciais da instituição.

Entre as ações do *Lean*, a mais citada pelos participantes diz respeito ao plano de contingenciamento, ou também chamado de plano de capacidade plena, que visa dar vazão aos pacientes internados na emergência em até 48 horas. Esses pacientes devem ser transferidos para as unidades assistenciais mesmo quando não houver leito disponibilizado, aguardando em macas nos corredores ou ganhando alta hospitalar. Essa ação foi geradora de conflitos e divergência de opinião no início do projeto, pois os profissionais relataram que o paciente deixaria de estar em um corredor, no caso o da emergência, para estar em outro, na unidade de internação. No entanto, o dimensionamento de pessoal de enfermagem para o cuidado de cada paciente foi considerado mais adequado e, conseqüentemente, mais seguro. Ainda, a dificuldade em conseguir contato com o enfermeiro das unidades de internação para a passagem de plantão fez com que fossem criados instrumentos para facilitar a comunicação e otimizar a transferência do paciente, reduzindo assim o seu tempo de permanência na unidade de emergência.

[...] a avaliação que eu fiz é que houve uma falha da comunicação do projeto para as demais áreas do hospital. Porque a justificativa para isso é muito interessante, é que eles colocam que às vezes tinha mais de trinta pacientes para dois técnicos de enfermagem, quando fica superlotado aqui no corredor, enquanto que, quando sobe para a unidade, cada técnico de enfermagem de cinco passa a ter seis pacientes, então a assistência é melhor, nesse ponto de vista. (ER1)

[...] quando a emergência está com tantos pacientes internados, ela aciona esse plano de contingência, onde determinados pacientes, dentro de alguns critérios, sobem para os corredores das unidades, e aí começou a acontecer que as unidades estavam recebendo esses pacientes e eles não sabiam o que era aquilo, e aí foi onde eles me ligaram para ver o que tá acontecendo, e eu também não sabia, e aí eu tive que ir atrás. Segundo a direção, as chefias estavam sabendo, mas talvez justamente por a gente ter um problema de comunicação dentro da instituição, às vezes um plantão podia saber e o outro não [...]. (ER7)

O plano de contingência fez com que os profissionais percebessem que o problema da superlotação não era apenas da unidade de emergência, mas de todo o hospital. Isso obrigou os médicos a avaliarem o paciente com maior frequência e darem alta hospitalar assim que possível, como também a evitarem solicitar exames desnecessários que prorrogassem o tempo de permanência do paciente na instituição.

Os participantes revelaram que, apesar de não terem percebido muitas mudanças em relação à interação multiprofissional com o *Lean*, especificamente nos profissionais de enfermagem foi observado um despertar para a empatia, para o trabalho em equipe, para a comunicação e interação, para o compartilhamento de responsabilidades em relação ao cuidado com o paciente entre as equipes de enfermagem atuantes nas diferentes unidades assistenciais da instituição. Entretanto, os participantes relatam que essa interação precisa envolver todos os profissionais da instituição.

[...] se passou a ter uma comunicação melhor entre a equipe de enfermagem, com equipe de enfermagem da UTI também, que era um pouco travada [...] então isso mudou muito. Hoje em dia, elas [enfermeiras] agilizam algumas coisas para o paciente subir para a UTI o mais breve possível [...] melhorou essa questão da comunicação entre as enfermeiras, entre as equipes de enfermagem. (ER4)

Os serviços de pronto atendimento, pré-hospitalar e regulação também foram orientados a respeito da ação de contingenciamento, o que reduziu consideravelmente o fluxo de pacientes no setor de emergência. Foi incorporado, também, ao setor de hospital dia da instituição o Programa de Atenção Domiciliar (PAD), o qual conta com uma equipe multiprofissional que realiza o acompanhamento de pacientes que possuem risco de reinternações devido à complexidade do caso. Essas iniciativas, despertadas pelo projeto, foram fomentando a desospitalização e modificando a realidade da instituição.

De acordo com o relato dos participantes, o projeto aproximou a instituição hospitalar da RAS ao buscar estabelecer um fluxo de acompanhamento para o paciente a partir de uma parceria com a ABS e teve como objetivo a efetivação do processo de referência

e contrarreferência. Essa ação fez os participantes perceberem que a instituição hospitalar faz parte da RAS, estabelecendo uma relação de interdependência, e para tanto foi preciso pensar além dos muros institucionais.

Nesse sentido, para melhorar a comunicação entre os pontos da RAS, profissionais e gestores realizaram visitas aos municípios vizinhos explicando a condição da instituição hospitalar e falando da importância das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no atendimento aos pacientes não classificados como urgência e emergência. Do mesmo modo, a instituição de tecnologias que favoreçam a comunicação da instituição hospitalar com outros pontos da RAS está sendo discutida, a exemplo, a existência de um prontuário eletrônico compartilhado entre estado e municípios.

[...] a gente teve um contato com as unidades básicas de saúde com um treinamento que a gente fez em relação ao serviço de emergência, explicando a nossa realidade, falando sobre classificação de risco, sobre administração de medicação, sobre os procedimentos que devem ser realizados na unidade básica e não na emergência [...] e aí isso também ajuda, porque a gente tem um contado, porque antes era eles no canto deles e nós aqui, eles achando que a gente não fazia nada, a gente achando que eles não faziam nada e no final ninguém conversava. Então agora já tem essa conversa, já se abriu uma porta [...]. (ER4)

[...] nós estamos provocando que o prontuário seja único, do estado e do município, para cutucar o Ministério [da Saúde] e provocar uma situação de que é importante ter um prontuário único para as informações chegarem lá na ponta [atenção básica], para quando o paciente tiver alta, estarem mais fidedignas [as informações], porque nós temos um resumo de alta, mas a gente vê que falta informações para dar continuidade ao cuidado [...]. (ER8)

A quarta categoria **Percebendo o protagonismo do enfermeiro nas ações de segurança e qualidade** apresenta a primeira subcategoria **Destacando iniciativas do enfermeiro para segurança do paciente** e revela o engajamento dos enfermeiros nas ações e projetos que visam à segurança do paciente nas instituições hospitalares.

Os participantes afirmam que a equipe de enfermagem adquiriu maior consciência sobre o processo de segurança do paciente em relação aos demais profissionais de saúde, sendo inclusive a disciplina que mais aderiu aos protocolos de segurança do paciente, como também aos projetos extrainstitucionais. Assim, os enfermeiros foram considerados, neste estudo, gestores dos protocolos de segurança do paciente no cenário hospitalar pela iniciativa em relação à construção e implantação desses protocolos, embora a necessidade de envolvimento e participação de toda a equipe multiprofissional seja reconhecida.

[...] então as coisas vão tomando espaço, vão acontecendo e a última coisa que se vê é se é seguro, então isso é um ponto crucial e que as pessoas não entendem [...] não querem saber se vem molhado, se vem seco, se foi esterilizado, o negócio é fazer. O profissional que tem mais consciência disso é a enfermagem [...] a gente tem um protocolo que é da identificação, os outros ainda não estão implantados pela falta de adesão, mas o de identificação só está implantado pela enfermagem, porque os outros funcionários eles não agregaram, se vê um paciente sem identificação acha que não é a parte dele, diz que não precisa [...]. (ER2)

[...] um grupo que, na sua maioria, está participando do AcolheSUS é o de enfermagem, então a enfermagem ela está bem representada dentro do projeto, mas o médico, por exemplo, às vezes a gente fica o dia inteiro na reunião sem aparecer um médico dentro do projeto [...] então como mudar o processo de trabalho se tu não tens todas as pessoas sensibilizadas diante do projeto? (ER6)

Após a publicação da RDC n.º 36, a qual institui a obrigatoriedade da implantação do NSP nas instituições hospitalares, os enfermeiros demonstraram preocupação em relação à implantação desse serviço e procuraram a SES, a fim de solicitar auxílio. Devido a esse perfil, o enfermeiro frequentemente assume a coordenação dos serviços de apoio nas instituições hospitalares. Ainda, serviços como gestão de resíduo e comissão de pele tornaram-se referência no estado por iniciativa de enfermeiros.

O enfermeiro normalmente ocupa lugar de destaque e está à frente das comissões, ações e tomadas de decisão dentro da instituição hospitalar. Nesse sentido, o enfermeiro contribui ativamente para a mudança da realidade laboral, buscando desenvolver ações que melhorem a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

Assim, enfermeiros atuantes na UTI destacaram-se pela realização de ações que visam ao aperfeiçoamento profissional e à interação multiprofissional e interdisciplinar, a saber: aulas *in loco* realizadas por um membro da equipe multiprofissional; envolvimento da equipe técnica e residentes nas discussões do processo de trabalho; aulas online para os enfermeiros; formação de um grupo de estudos. Ainda, no centro cirúrgico da mesma instituição: as rotinas do setor foram todas revistas, o *checklist* de cirurgia segura e protocolos cirúrgicos foram construídos e implantados, foi realizada a troca de materiais permanentes danificados, sendo todas iniciativas do enfermeiro que assumiu o setor.

[...] mesmo ela falando que não era para fazer nada, eu falei que precisava começar por algum lugar, eu não podia ficar parada. Daí eu implementei o *checklist* [de cirurgia segura] e mudamos umas rotinas [...] antigamente a gente não tinha a troca dos circuitos do carrinho de anestesia a cada cirurgia, hoje a gente consegue fazer troca em todo o circuito do carrinho, máscaras, circuitos, etnógrafo, tudo é trocado. Os frascos de aspiração que antes a

gente lavava aqui no centro cirúrgico, hoje a gente consegue mandar para o CME [Centro de Materiais e Esterilização]. (EH5)

Os enfermeiros foram apontados como responsáveis pelo aperfeiçoamento do sistema de prontuário eletrônico utilizado nas instituições do estado, visto que costumam solicitar a incorporação de instrumentos construídos por eles para auxiliar na implantação das ações e protocolos de segurança do paciente. Um exemplo a ser citado é o caso da ficha de notificação de eventos adversos que foi acrescentada ao sistema e resultou em um aumento considerável do número de notificações.

Os resultados de dissertações de enfermeiros sobre o tema segurança do paciente também estão sendo utilizados pela SES para melhorar a realidade nos hospitais, visto que o mestrado profissional exige como resultado um instrumento aplicável na prática profissional. Esses estudos são considerados avanços para as ações de segurança nos hospitais do estado por serem desenvolvidos nessa realidade.

[...] ela tinha a dissertação e ofereceu para a secretaria, e nós tentamos implementar isso, colocar no prontuário eletrônico [...] e foi um avanço, porque a pesquisa dela foi maravilhosa, ela entrevistou os trabalhadores e perguntou por que não notificavam e o que seria necessário para começar a notificar, para fazer a notificação [de eventos adversos] [...]. (ES1)

A segunda subcategoria **Buscando fortalecer a liderança do enfermeiro na gestão da EPS** destaca os principais aspectos a serem trabalhados para desenvolver no enfermeiro a liderança profissional essencial para gestão da EPS, segurança e qualidade nas instituições hospitalares.

A importância da liderança do enfermeiro é destacada neste estudo, pois o enfermeiro possui um papel fundamental na condução de equipe de enfermagem. O comprometimento com o desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional exige dos enfermeiros e gestores incentivos e insistência no alcance dos resultados esperados. Estimular a equipe a buscar fazer o melhor é um processo contínuo de supervisão, responsabilização e desenvolvimento da autonomia.

Nesse sentido, para que os profissionais interajam e integrem os processos de mudança institucionais, precisam ser motivados e reconhecidos pelo envolvimento e comprometimento, assim como serem responsabilizados pelos resultados dos processos. Os participantes afirmam que a participação nos processos desde a fase de planejamento permite esse envolvimento dos profissionais.

Assim, de acordo com o relato dos participantes, a provocação da equipe para

reflexão, reuniões para discussão e supervisão do processo de trabalho são ações que exigem liderança do enfermeiro e são essenciais no processo de gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade. Para tanto, nesse exercício, o enfermeiro precisa trabalhar abertamente e ter disposição para resolução de conflitos, já que a inserção da equipe técnica nas discussões tem apresentado resultados positivos em termos de adesão aos processos de mudança.

Eu vejo que as pessoas não querem mais fazer reunião para não haver discussão e conflito, e é um desafio fazer com que os enfermeiros entendam que nós temos que ter reuniões periódicas com a equipe [...] pode ser quinze minutos de diálogo, de debate, alguns fazem e outros não, não sei se por insegurança, ou medo de resolver conflitos [...]. (ER8)

É uma prática comum nas UTIs os enfermeiros chamarem a equipe para discussão na beira do leito, diante da observação e detecção de uma ação incorreta. A equipe é responsabilizada pelo cuidado ao paciente e por disseminar as informações entre os outros profissionais. Essa atitude considera a responsabilidade legal do enfermeiro sobre as ações da equipe de enfermagem e tem uma boa aceitação da equipe.

Por ser o ator responsável pelo direcionamento da equipe de enfermagem aos objetivos institucionais, ressalta-se que o enfermeiro carece do apoio da direção em todas as suas ações e tomada de decisão na instituição hospitalar. Assim, além de estimular, o enfermeiro também precisa ser constantemente provocado à participação. Nesse sentido, uma gestão mais participativa foi citada como importante estímulo para a motivação e fortalecimento da liderança no enfermeiro.

Os participantes relataram que conflitos entre enfermeiros e direção por vezes são responsáveis pela desmotivação profissional, fazendo com que os enfermeiros questionem sua autonomia dentro da instituição e abdicuem de seus cargos de chefia de unidades assistenciais. Essa situação evidencia uma cultura hierárquica e uma gestão centralizadora, mas também a importância da presença de um líder nas unidades assistências.

[...] aqui não é considerada a autonomia do enfermeiro, infelizmente. A gente trabalha em um hospital em que se eu determinar para um técnico [de enfermagem] que ele precisa fazer um plantão tal dia ou alguma orientação que eu passe para esse técnico e esse técnico de certa forma se sentir lesado, ele vai até a direção, conversa com a gerente ou com a própria diretora e resolve sem a presença do enfermeiro. É assim que acontece aqui, e aí vai distanciando [enfermeiro e direção]. (ET7)

Segundo os participantes, a liderança do enfermeiro é reforçada pelo conhecimento do seu processo de trabalho, mas também das legislações profissionais e ministeriais

vigentes, normas e rotinas da própria instituição, normativas sobre o funcionamento dos serviços de apoio, entre outras. Assim, inteirar-se da informação disponível faz com que o enfermeiro tenha condições de gerenciar seu trabalho de forma ética, legal e segura.

Os participantes observam, por vezes, que o enfermeiro, por não ser preparado na academia para ser líder, tem dificuldade de assumir esse papel na equipe. Ao mesmo tempo, os enfermeiros assistenciais, por vivenciarem o distanciamento entre as dimensões gerencial e assistencial na instituição, não percebem a gestão como sua atribuição ou apresentam dificuldade de incorporá-la ao seu processo de trabalho por falta de experiência ou compreensão.

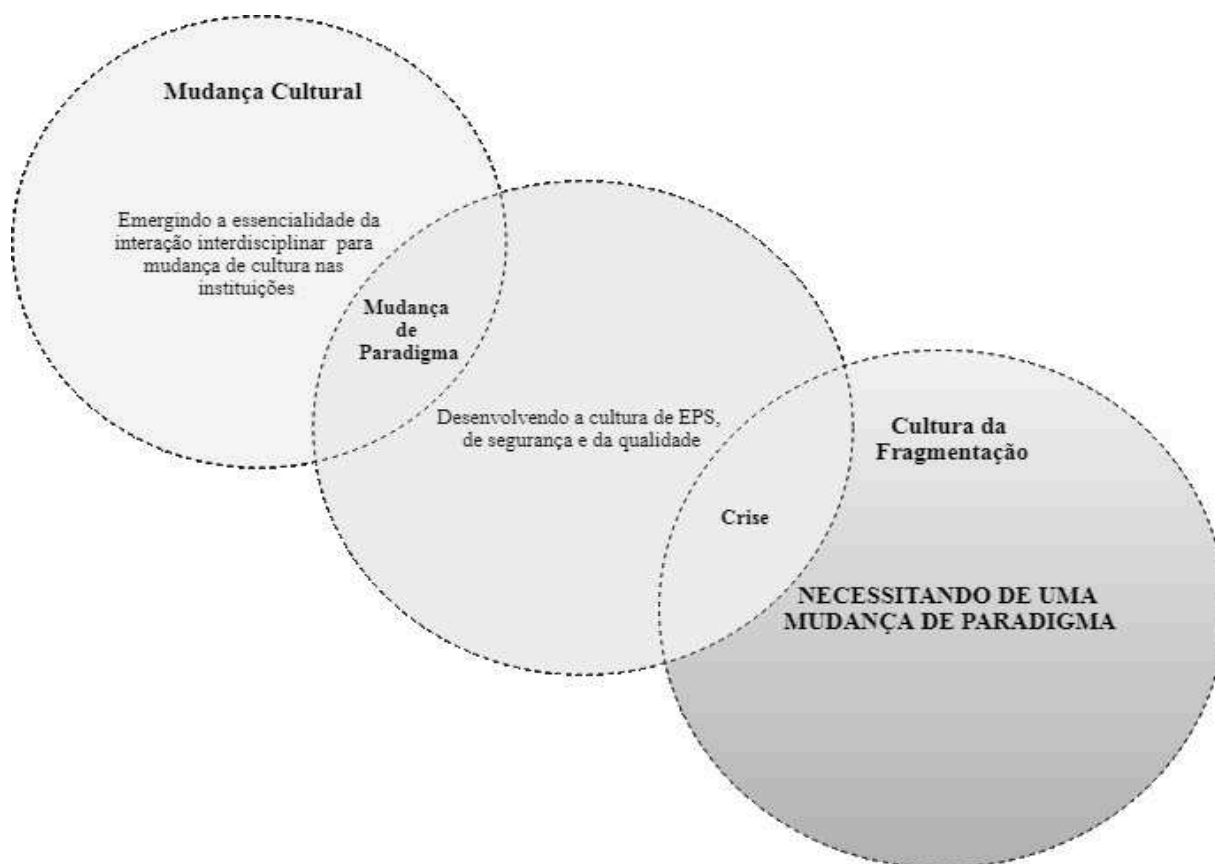
Dessa forma, relatam que é preciso tempo e prática profissional para que o enfermeiro entenda seu papel na equipe de enfermagem e multiprofissional, como também consiga conciliar em seu processo de trabalho tanto a assistência e quanto a gestão. Ressaltam também a experiência profissional como fortalecedora da liderança profissional.

[...] eu vejo hoje a maioria dos enfermeiros, principalmente os recém-saídos da academia, eles estão muito voltados para a parte técnica, eles não conseguem se empoderar [...] os enfermeiros mais antigos eles tem já essa postura, então eles conseguem casar tudo, não assim: 'agora estou na assistência, agora estou gerenciando', é integrado [...] ele [enfermeiro] tem que coordenar o fluxo de assistência, a divisão de atividades e prestar a assistência junto ao paciente [...] eu penso que a experiência é que conduz a isso, você vai se fortalecendo, vai passando por enfrentamentos e vai aprendendo como transpor isso. [...] então acho que só o tempo dá subsídios para que o enfermeiro consiga realmente assumir o papel dele de líder da equipe, e de ele estar seguro para tocar aquilo [...]. (ET8)

5.3 COMPONENTE CONSEQUÊNCIA

O componente Consequência apresenta o desfecho, resultados previstos ou reais referentes às ações-interações. O componente é representado pela categoria **Necessitando de uma mudança de paradigma**, que apresenta duas subcategorias, as quais foram ilustradas com relatos dos participantes do estudo. A Figura 13 apresenta o diagrama representativo do componente Consequência.

Figura 13 – Diagrama representativo do componente Consequência



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

A primeira subcategoria **Desenvolvendo a cultura de EPS, de segurança e da qualidade** apresenta a necessidade de construção de uma nova cultura institucional diante da atual configuração no cenário hospitalar, pois a atual impede que as ações de EPS, segurança e qualidade se efetivem.

Em se tratando da gestão da EPS, a necessidade de responsabilização, de planejamento e de ações multiprofissionais ganhou destaque na construção da cultura de EPS nas instituições hospitalares. Nesse cenário, a equipe técnica de enfermagem foi apontada como a mais carente de ações de aperfeiçoamento profissional. Apesar de os enfermeiros procurarem atualizar-se de forma a subsidiar sua prática diária, inclusive buscando aperfeiçoamento fora do local de trabalho, diante da oferta e estímulo incipiente por parte da instituição, quando se trata da responsabilidade pelo aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, a maioria não percebe como sua atribuição.

Então, os enfermeiros acabam direcionando à instituição hospitalar a responsabilidade pelo desenvolvimento profissional e tendem a levar as necessidades de aperfeiçoamento profissional observadas nas unidades assistenciais ao NEP. Esse serviço, por

sua vez, relata possuir atribuições voltadas à organização das práticas educativas e não à sua efetivação na prática; assim, transfere ao enfermeiro a responsabilidade pelo desenvolvimento das práticas educativas da unidade assistencial em que atua, sob a justificativa de que o profissional possui maior aproximação com a sua realidade. Diante desse contexto, verifica-se que o primeiro ponto a ser trabalhado nas instituições hospitalares é o conflito sobre a responsabilização em relação à EPS.

[...] isso é uma mudança de cultura que precisa ser feita, de mentalidade., Observo que as lideranças [enfermeiros] acham que quem tem que treinar é o NEP, tem um enfermeiro no administrativo para treinar mil e quinhentas pessoas, das mais variadas áreas, em todas as especialidades possíveis que esse hospital tem [...] então as pessoas se eximem da responsabilidade de treinar. Também, enquanto servidor público, eu acho que a obrigação é de todos difundir o conhecimento que tem, na área que foi contratado para atuar. Então a gente está tentando trabalhar a ideia que todos são possíveis ministrantes, e o treinamento pode acontecer no dia a dia em serviço, não precisa ser fechado dentro de uma sala, pode ser uma coisa ativa, uma observação em um procedimento, com orientação, com uma supervisão efetiva [...]. (ER1)

[...] se tu me perguntar qual é o meu interesse como enfermeira de estar indo atrás, eu vou atrás, eu faço cursos, eu me capacito, eu! Agora também tem essa falha, eu não capacito a minha equipe, mas isso para mim do capacitar é uma responsabilidade do hospital, eu não tenho uma obrigação de estar capacitando outras pessoas, a meu ver pelo menos [...]. (ET5)

Nesse contexto, o NEP foi destacado como carente de atenção por parte dos gestores, visto que este não possui estrutura para gerenciar as práticas de EPS na instituição. Ainda, embora a perspectiva da EPS seja multiprofissional e interdisciplinar, o desenvolvimento profissional da equipe de enfermagem permanece à parte nas instituições, sob a justificativa de ser o maior quantitativo de profissionais, dos quais depende a maioria das ações voltadas à segurança do paciente e à própria qualidade do cuidado de enfermagem.

No entanto, a adesão dos profissionais da equipe técnica de enfermagem às práticas educativas foi considerada incipiente. Esta foi relacionada, neste estudo, à necessidade de maior envolvimento profissional, liderança e responsabilização, assim como de planos de EPS efetivos, que priorizem o planejamento de ações educativas em detrimento a trabalhar apenas com problemas, o chamado ‘apagar incêndio’.

[...] você tem muita questão burocrática, precisa ser reformulado o fluxo, precisar parar e reorganizar todo o setor [NEP], mas como a gente vive o dia todo só apagando incêndio, tu tem a dificuldade de parar e planejar, isso é o mais difícil [...]. (ER6).

A ausência de um plano de EPS impacta diretamente na segurança do paciente e na qualidade, visto que os profissionais recém-contratados normalmente iniciam sua atuação profissional na instituição sem um treinamento prévio. Ainda, por não haver esse planejamento em relação ao acolhimento dos novos profissionais, estes acabam sendo treinados na prática pelos profissionais mais antigos.

[...] então a gente começou a fazer um trabalho conjunto, no sentido de primeiro as pessoas entenderem que precisa ter esse treinamento prévio para atuar, não posso começar a atuar com o paciente sem ter um treinamento, isso é um risco para segurança do paciente, e assim em todos os processos, inclusive o administrativo. Na prática, falta pessoal e contrata-se com urgência, precisa fechar escala, entra e começa a trabalhar, essa é a prática. Então a gente precisa começar a construir a questão da cultura, de treinar antes [...]. (ER1)

[...] Na verdade é uma equipe muito pequena, então eu raramente faço treinamento, porque as pessoas que trabalham aqui estão há muito tempo aqui, então já conhecem toda a rotina de trabalho [...] e, quando vem um funcionário novo, as pessoas que estão aqui dentro já vão fazendo [treinando] [...]. (ET6)

Os participantes reforçam que os profissionais, na sua maioria, demonstram não ter entendimento da dimensão da EPS, confundindo esta com ações de capacitações e treinamentos isolados. Afirmam que as ações de EPS precisam estar embasadas em uma análise de demanda da prática, como também favorecer a troca de saberes entre os profissionais de forma horizontal. Para tanto, a gestão da EPS necessita do envolvimento de todas as instâncias da instituição, direção, serviços de apoio, equipe multiprofissional e equipe técnica a fim de discutir as necessidades institucionais em conjunto.

[...] muitas das ações de educação permanente, que se diz educação permanente, estão na lógica da capacitação. Capacitação a nível pontual pode se chamar capacitação, mas hoje em dia se fala que tudo é educação permanente [...] na educação permanente eu vou procurar não desenvolver ações que um saiba mais do que o outro, que não seja troca de saberes, que seja de cima para baixo, porque isso já aconteceu a vida toda. [...] acontece que eu penso, mas não faço. Vamos fazer um curso e colocamos alguém lá para falar na lógica de capacitação, mas daí o que isso muda na prática? Eu estou avaliando esse processo? Se eu não estou avaliando eu não estou fazendo educação permanente. (ES1)

Nos hospitais participantes deste estudo, foi observado um movimento de construção da interação profissional por meio da implantação de ações de segurança e qualidade, articuladas às práticas de EPS. No entanto, cabe ressaltar que os desafios na adesão dos profissionais aos protocolos básicos de segurança do paciente e notificação de eventos

adversos, assim como a gestão de risco ainda incipiente, foram considerados indicativos de ausência de cultura de segurança nas instituições hospitalares.

Embora no processo de estruturação do NSP os protocolos de segurança do paciente terem sido organizados dentro do plano de segurança do paciente, alguns protocolos ainda enfrentam dificuldade para implantação. Assim como, devido à forte cultura punitiva nos serviços de saúde, a notificação de evento adverso apresenta baixa adesão, mesmo diante da disposição de instrumentos que garantam o anonimato do profissional que notifica.

Segundo os participantes, os resultados dos protocolos de segurança e da notificação de evento adverso, assim como dados do SCIH, constituem-se importantes indicadores de segurança e qualidade para as instituições hospitalares, os quais são acompanhados pelos serviços de apoio. Apesar de ainda não se trabalhar efetivamente com o cruzamento e compartilhamento desses dados nas instituições, iniciativas do NQ foram relatadas nesse sentido.

[...] Com certeza os indicadores do NSP e do SCIH já são considerados estratégicos para a instituição. Mas a ideia é ir um pouquinho além. Esses indicadores estão dentro dos setores e na direção, o CME [Centro de Materiais e Esterilização], por exemplo, não tem acesso aos índices de infecção hospitalar, e para fazer gestão não tem como sem ter conhecimento mínimo do resultado do trabalho deles [serviços de apoio], então eu vejo que a gente vai ajudar nesse aspecto também, de comunicar, de trazer mais transparência dos resultados da instituição para que as pessoas entendam que também são responsáveis por aquele resultado. (ER1)

Os participantes relatam que a gestão de risco permanece como uma realidade distante no contexto hospitalar, visto que os profissionais e gestores não estão sensibilizados para o seu papel diante das causas do dano. Os profissionais tendem a desenvolver seu processo de trabalho sem planejamento, resolvendo ou tentando resolver as situações conforme elas vão acontecendo. Porém, percebem a necessidade de controlar o que é ‘incendiário’ para planejar e diminuir o risco ao paciente.

Contudo, constatou-se iniciativas como a aplicação do plano de contingenciamento e o Protocolo de Londres, os quais buscam trabalhar as causas dos erros a partir da gestão de risco.

[...] um evento adverso é um evento que a gente não quer que aconteça com nenhum paciente, a nossa meta é sempre zero em relação à segurança do paciente [...] eu preciso trabalhar de forma que eu consiga atingir esse zero eventos afunilando cada vez mais as chances de que os erros aconteçam [...] a gente trabalha pontualmente em cima dos eventos adversos a fim de reduzir a chance do evento ocorrer (sic), então a gente vai trabalhando, fazendo planos de contingenciamento e elaborando novos POPs, novos

protocolos para que a gente possa subsidiar a nossa prática de uma maneira segura, fazendo a assistência ao paciente da forma mais segura possível e livre de risco para ele. (EH4)

[...] eu estou trabalhando com o protocolo de Londres, que foi uma demanda da vigilância sanitária do Estado, e nós fomos capacitados para trabalhar com isso e eu estou começando a fazer o protocolo com as equipes onde o evento aconteceu. Então a ideia é que a equipe pense na estratégia para diminuir a ocorrência desses eventos no setor. (ET1)

A necessidade de padronização, de análise de indicadores, de implementação de ações preventivas e corretivas, assim como poucas ações com foco no paciente, foram considerados indicativos de ausência de cultura de qualidade nas instituições hospitalares.

Os participantes defendem que a padronização das práticas de saúde, por meio de protocolos, POPs ou *checklist*, constitui um importante processo para gestão da qualidade e segurança nas instituições hospitalares. Relatam a necessidade de padronização, considerando que, apesar das instituições hospitalares possuírem POPs, estes não se constituem instrumentos guias da prática profissional. Nesse sentido, os serviços de apoio, nos quais se destacam o NQ e o NSP, buscam resgatar a padronização ao, atualizar, construir e tentar colocar em prática os POPs institucionais.

Padronização seria um processo conforme [...], por exemplo, vamos ver o curativo como é feito, a gente faz conforme as boas práticas. Quais são as boas práticas? Onde elas estão escritas? Qual é a literatura científica que embasa aquela forma de fazer? Como que aqui no hospital se determinou fazer com o material que tem disponível? Por que nem sempre tem o ideal disponível, então isso seria um procedimento conforme. E treinar todas as pessoas para fazer da melhor forma [...] então a padronização começa desde a discussão de qual é a melhor forma de fazer, vamos treinar todo mundo para fazer da melhor forma, e vamos verificar se isso melhorou os nossos resultados, nossos indicadores. Não melhorou? Vamos revisar e rever isso, treinar as pessoas de novo para fazer melhor. Isso é a padronização, tem até alguns exemplos, que os funcionários mesmo nos deram de processos que eram bons e se perderam e isso é um dos resultados de não ter um procedimento padronizado. [...] a ideia é ganhar eficiência, reduzir erros, com o procedimento escrito e bem disseminado, bem treinado. (ER1)

Nesse contexto, o processo de padronização precisa ser participativo. Por ser construída a partir da prática e de forma a subsidiar uma prática profissional segura, a padronização é percebida como uma forma de legitimar a participação de todos os profissionais no processo. Contudo, o principal desafio é o fato de os profissionais no cenário hospitalar não terem por hábito discutirem as ações. Assim, percebeu-se que a maior parte dos profissionais nas instituições hospitalares não participou da construção dos POPs e, dessa forma, apresentam dificuldade para interpretá-lo e implementá-lo na prática profissional.

[...] é no mínimo o que precisa ter [protocolo] e depois como ele vai ser adequado em cada unidade. Por isso que tem que trabalhar com as pessoas que estão na ponta, porque se não a gente faria aqui entre quatro paredes. O que tem acontecido é que a gente chega nas unidades e o POP está pronto mas está na gaveta, você pergunta para um profissional se ele conhece o POP, se ele foi chamado para discutir alguns, a maioria diz que não. (ES1)

O SCIH mostrou-se um serviço com potencialidade de atuação, considerando que os protocolos de controle de infecção hospitalar e responsabilidade técnica precisam ser discutidos desde a construção com os profissionais envolvidos na prática a fim de garantir sua aplicabilidade. Essa parceria favorece a adesão e reprodução dos protocolos na instituição.

[...] porque eu sempre digo que não adianta a gente fazer um protocolo que ele não consiga ser aplicado na prática, então todos os protocolos que nós do controle de infecção fazemos, a gente sempre busca os pares, as pessoas que estão envolvidas e também tem a *expertise*. A gente sabe os colegas que são empenhados, que tem uma boa prática profissional, a gente sempre busca esses pares para reproduzir [os protocolos] [...] No final, o protocolo ficou melhor ainda do que a gente imaginava porque eles, na prática, conseguiram adaptar de uma forma melhor que ficou mais seguro ainda para o paciente. [...] quando a gente faz dessa forma também tem adesão, porque as pessoas elas participam da construção, então elas vão ajudar a reproduzir [...]. (EH3)

De acordo com os participantes, para o desenvolvimento da cultura de qualidade e segurança, o paciente precisa ser o foco da atuação profissional. Embora alguns relatos revelem que nem sempre o paciente é colocado no centro do cuidado, que prevalecem interesses pessoais e que conflitos de interesse desviam o foco do paciente, algumas ações de melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente foram observadas, sendo a empatia peça chave nesse processo.

[...] eu acho que dentro de uma instituição hospitalar o foco principal é o paciente, então atitudes como separar o lixo, executar os protocolos de SCIH com punção, com sondas, com curativos, eu acho que em tudo isso o objetivo maior é a recuperação do paciente. A minha intenção aqui dentro é seguir os protocolos, que eu acho que tudo é interligado, desde a limpeza do setor, organização de roupas limpas, descartes de lixo, protocolos de SCIH, a principal meta é que o paciente seja bem assistido e que se recupere da melhor maneira possível e saia da melhor maneira possível, eu acho que tudo isso reflete na recuperação do paciente. (ET6)

Nesse tocante, a partir do projeto PROADI-SUS, a visita estendida propõe uma mudança de paradigma ao permitir que o familiar e o paciente participem da tomada de decisão em relação ao plano terapêutico. Embora esse processo esteja em construção, apresenta-se como uma importante iniciativa de mudança de realidade, considerando a forte

cultura de detenção do conhecimento do profissional de saúde e conseqüentemente poder de decisão sobre o cuidado ao paciente.

As linhas de cuidado, apesar de serem descritas pelos participantes como uma ferramenta de gestão, por descentralizarem o poder decisório, possuem o objetivo de garantir um fluxo de atendimento com início, meio e fim ao paciente, de forma multiprofissional e prevendo a articulação com a RAS. Esse instrumento organizado a instituição em quatro linhas de cuidado, incluindo cirurgia geral, clínica médica, saúde da mulher e da criança, e saúde do idoso.

O projeto AcolheSUS destacou seu enfoque no paciente e demonstrou preocupação com a continuidade do cuidado ao paciente na RAS, aderindo às linhas de cuidado com a inclusão da linha do idoso e propondo para tanto a aproximação da RAS e melhora da comunicação entre instituição hospitalar e UBS.

[...] a única coisa que a gente ainda não conseguiu finalizar é a questão de ter uma referência e poder mandar o paciente de volta para a unidade dele com uma consulta previamente agendada para ele não ficar sem assistência. (ER4)

[...] o projeto [AcolheSUS] também identificou a necessidade de se criar uma linha de cuidado do idoso, por essas questões do perfil do hospital, a quantidade de paciente idoso e a média de permanência acima do habitual. Então está se montando essa linha de cuidado do idoso já de forma multiprofissional [...]. (ER6)

A segunda subcategoria **Emergindo a essencialidade da interação interdisciplinar para mudança de cultura nas instituições** mostra a necessidade da ruptura da cultura de fragmentação presente nas instituições hospitalares e da construção de uma nova cultura por meio da interação interdisciplinar.

A gestão da EPS, da segurança do paciente e da qualidade depende da interação entre os profissionais e é essa a grande dificuldade para sua expansão nas instituições hospitalares. A fragmentação da estrutura organizacional hospitalar dificulta a interação entre a equipe multiprofissional, de forma que esta apresenta dificuldade em desenvolver sua atuação de forma interdisciplinar, além de contribuir para o distanciamento entre as dimensões assistencial e gerencial nesse cenário.

Segundo relatos dos participantes, a fragmentação dos processos de trabalho tem origem na formação do profissional de saúde, dada a inexistência de interação das disciplinas durante a formação. Nesse sentido, os profissionais aprendem a desenvolver seu processo de

trabalho isolados dos demais profissionais e, conseqüentemente, ao entrarem no mercado de trabalho, encontram dificuldade de interagir para integrar as ações de cuidado.

Eu acho que a diferença já vem da academia. Quando tu está lá fazendo fisioterapia, medicina, enfermagem, elas [disciplinas] já não se integram. Então acho que já começa lá, já vem com essa cultura da academia de que o enfermeiro é isso, medicina é isso, fisioterapia é isso, aí é difícil dentro da instituição tu querer fazer um atendimento multiprofissional, quando na academia não se faz [...]. (ER2)

[...] mas está sendo construído, não é fácil porque é uma mudança de paradigma muito grande, porque a formação dos nossos colegas é uma formação lá da década de sessenta, setenta, e ainda a gente tem uma fragmentação do cuidado dentro das universidades, na nossa formação. A gente não tem nenhuma cadeira que concentre todos eles [profissionais] juntos para trabalhar na atenção primária ou no hospital, mas dizem que teremos que trabalhar juntos. (ER8)

Os participantes comentam que as instituições possuem “dois mundos”, o da medicina e o das demais profissões, ou seja, os médicos e os “não médicos”. Essa supervalorização de uma profissão em detrimento das outras no ambiente hospitalar é responsável por conflitos interpessoais e desmotivação profissional. Ainda, é percebida a presença de “silos” nas relações de poder estabelecidas entre os profissionais, as quais dificultam o processo de interação. Assim, apesar de alguns enfermeiros terem relatado boa interação com a equipe médica, essa percepção está baseada no modelo vigente de atenção.

[...] são silos, são núcleos que poucos se misturam, muito pouco. Quando há alguma interação, é uma iniciativa individual, do profissional, do enfermeiro, do médico, do fisioterapeuta. Algumas áreas até interagem mais do que enfermagem e medicina, realmente são silos muito forte, e é uma dificuldade de quebrar isso [...]. (ER1)

O desenvolvimento do trabalho em equipe interdisciplinar nas instituições hospitalares envolve uma mudança de paradigma, dada a cultura de fragmentação evidenciada pelo modelo hegemônico de atenção presente nas instituições hospitalares, o qual interfere diretamente nas interações profissionais e no desenvolvimento da gestão da EPS, segurança do paciente e da qualidade.

[...] hoje eu acho que a maior dificuldade que a gente tem é o distanciamento, porque nós temos um modelo medicocentrado de atenção à saúde. Eu percebo a necessidade, é óbvia a importância do profissional médico dentro da equipe de trabalho, eu acho que ele tem um papel indiscutível, agora por outro lado, eu imagino que tem que mudar a forma como é trabalhado essa parte dentro do hospital em que as ações que são

desempenhadas sejam multiprofissionais trazendo a importância de cada um [profissional] [...]. (ER6)

Em instituições hospitalares onde não há residência multiprofissional implantada, o centro de estudos foi descrito como um local que reforça a fragmentação estrutural e relacional, pois se trata de uma estrutura de certa forma privada dentro de um espaço público, que ressalta e privilegia apenas uma categoria profissional. Caracteriza-se como privada por exigir o pagamento de uma mensalidade que nem é sempre compatível com o salário de todos os profissionais atuantes na instituição.

[...] estruturalmente nós temos o centro de estudos hoje, que lá dentro tem uma biblioteca, tem uma estrutura bonita e se tu for ver é totalmente diferente da estrutura do hospital, toda defasada, velha, caindo [...] e quem que usa essa biblioteca e essa estrutura da organização? Somente uma classe. Mas assim: um técnico de enfermagem, um fisioterapeuta, um enfermeiro, outra pessoa pode ir lá e fazer uso daquele setor? Pode, desde que pague e contribua [...] mas tem um dinheiro público que foi colocado ali [...] e ninguém nem pisa o pé lá dentro, técnico de enfermagem nenhum! Fisioterapeuta raramente, enfermeiros alguns, pouquíssimos. Então hoje virou uma ilha dentro do hospital, nós temos locais que acabam fragmentando os profissionais, isolando os profissionais e nós poderíamos ter ambientes que tornassem esse entrosamento maior entre as equipes e trouxessem mais discussão, aproximasse os profissionais e não distanciasse espaços coletivos do ponto de vista multiprofissional. (ER6)

Projetos como AcolheSUS e ‘*Lean* na emergência’ exigiram a participação de toda a equipe multiprofissional, visto que os profissionais precisam assumir suas responsabilidades dentro do projeto, pois teriam que executar as ações. No caso do *Lean*, os participantes relatam que o projeto determinou que os profissionais trabalhassem pelos mesmos objetivos na instituição, que no caso era enxugar os processos e eliminar o que não agregava valor. No entanto, percebeu-se no decorrer do projeto que a eficiência das ações sofria influência de interesses particulares de profissionais.

Entre esses interesses particulares, a gratificação por produtividade foi destacada como o que mais influencia na gestão dos processos dentro da instituição, considerando que o profissional tem por objetivo principal atingir uma meta de produção, e não melhorar processos. Essa divergência de objetivos e metas entre os profissionais resulta em entraves para o desenvolvimento de projetos de melhoria na instituição.

[...] o médico trabalha por meta de produção, quanto mais ele opera, mais ele ganha, quanto mais ele faz, mais ele ganha, e isso tem um lado que se pensar friamente pode ser positivo, mas por outro lado, ele tem uma questão

negativa [...] porque tu tens um distanciamento, tu não tens uma equipe trabalhando na mesma metodologia, tem um trabalhando por produção, mas isso não foi combinado com o restante [...]. (ER6)

Ainda, o profissional médico foi considerado o profissional com mais resistência à adesão aos projetos extrainstitucionais, assim como ao processo de construção e implantação dos protocolos de segurança do paciente. Os participantes referem que algumas especialidades médicas não demonstram interesse em participar dos processos de gestão, assim como aparentam não compreender a necessidade dos protocolos.

[...] a medicina é a área mais distante de todas [...] eu vejo que a categoria médica é a mais difícil de ser trabalhada e que talvez vai ser a mais difícil de mudar a percepção e a cultura. A gente tem pouca abertura, não são todos os profissionais que recebem bem quando se vai falar de algum problema. É uma classe muito fechada. (ET1)

A cultura da fragmentação também foi percebida pelos participantes nas práticas de aperfeiçoamento profissional realizadas nas instituições hospitalares, caracterizando um viés para a efetivação da EPS, visto que esta carece da participação multiprofissional e propõe objetivos institucionais. O desenvolvimento dos profissionais em lógicas diferenciadas reforça a fragmentação disciplinar, pois é necessário pensar “fora da caixa” das disciplinas, avançando para a interdisciplinaridade.

[...] a questão interdisciplinar eu acho que a gente ainda precisa avançar, a gente ainda não consegue interagir, integrar efetivamente o cuidado, a gente ainda está nas caixinhas [...] Então eu vou lá e converso com o paciente, familiar e vejo que ele está deprimido e chamo a psicóloga, e o que a psicóloga conversou? Então tem os profissionais, mais a gente não consegue ainda interagir o conhecimento [...] Não adianta, eu posso botar o curativo melhor que existir, mas e a parte nutricional? E a parte da fisioterapia para poder estimular e favorecer o aporte sanguíneo naquela lesão? Então eu acho que a gente ainda precisa integrar mais a equipe multiprofissional, a gente ainda está cada um no seu quadrado. (ET8)

[...] o que acontece muito nas nossas unidades é uma separação, se tem uma educação permanente dos servidores em geral, com alguma inclusão dos médicos, e se tem uma educação permanente dos médicos separada [...]. (ES2)

No entanto, apesar dos enfrentamentos, algumas iniciativas foram citadas como potencializadoras da interação interdisciplinar, que reforçam esse movimento nas instituições. Os participantes relatam que procuram montar equipes multiprofissionais para compor

comissões obrigatórias e não obrigatórias nas instituições, sendo revelada a implantação do projeto terapêutico singular em algumas unidades, o qual buscava discutir de forma interdisciplinar os casos de alguns pacientes.

[...] no hospital a gente tem uma prática bem bacana de procurar sempre montar equipes interdisciplinares, então visar o envolvimento de todas as áreas sempre, em cada projeto. A gente trabalha o projeto terapêutico singular há algum tempo no hospital [...] então nesses projetos as reuniões acontecem com toda uma equipe interdisciplinar, todos estão ali naquele momento discutindo os casos dos pacientes. (EH6)

A necessidade da construção e utilização de POPs multiprofissionais a fim de favorecer a interação interdisciplinar no cuidado ao paciente foi mencionada neste estudo. Percebeu-se que a maior parte dos POPs nas instituições hospitalares foram construídos por enfermeiros e direcionados para a atuação dessa disciplina e os participantes apostam que a compreensão do processo de cuidado ao paciente sob uma perspectiva interdisciplinar possa ser possível a partir dos protocolos. O NQ ao assumir a revisão dos POPs e protocolos institucionais busca expandir os processos à equipe multiprofissional.

[...] é uma dificuldade de quebrar isso, é uma cultura que eles já tinham, começaram um trabalho anos atrás de padronização, então a gente não pegou do zero, a gente pegou um trabalho que já existia [...] e uma coisa que observei é que os procedimentos eles não são do processo, porque o processo envolve vários profissionais, o procedimento era do profissional enfermeiro, do profissional médico, e aí estou tentando quebrar um pouquinho isso para as pessoas entenderem que o processo com o paciente é de todos, entenderem o processo como um todo, e conversarem para definir como vai ser [...]. (ER1)

Ainda, a implantação de instrumentos de melhoria da comunicação multiprofissional foram citados como, o *Situation, Background, Assessment and Recommendation* (SBAR) e o *Kanban*, e os *Rounds* clínicos a partir de projetos ministeriais, como o AcolheSUS e o PROADI-SUS respectivamente. Nesse sentido, percebeu-se o incentivo dos projetos em relação à passagem de plantão multiprofissional, até mesmo interdisciplinar, e uma adesão dos profissionais.

[...] dentro desse projeto são várias ferramentas da qualidade que o mesmo se propõe a implementar. O *Kanban* e o SBAR são ferramentas de comunicação, de passagem de plantão, de comunicação entre profissionais. A ideia é ajudar um pouquinho nessa multidisciplinaridade, vamos dizer assim. De melhorar a comunicação entre profissionais, e passagem de

plantão, acho que são iniciativas muito bacanas que o pessoal está se esforçando para implantar. (ER1)

[...] passagem de plantão multiprofissional, hoje está começando devagar, é bem embrionário Na UTI, a enfermagem sai às sete e o médico entra às oito, a gente não tinha passagem de plantão, até porque a gente nunca teve essa cultura, passagem de plantão todos juntos [...] mas hoje, lá na UTI, às dez horas eles fazem, passam nos box dos pacientes e fazem uma passagem de plantão única [...]. (ER8)

Os participantes defendem importância de uma reconfiguração do NEP para de fortalecer a gestão da EPS nas instituições, pois, apesar de o NEP ser historicamente mais voltado para a enfermagem nas instituições, este precisa ser um espaço de interação multiprofissional e interdisciplinar. E nesse sentido, citam a constituição de uma comissão multiprofissional de EPS, integrando uma estrutura maior, a qual é responsável por gerenciar toda a parte de ensino e pesquisa, sendo essa estrutura pré-requisito para a implantação da residência multiprofissional.

[...] então em paralelo ao NEP nós temos uma comissão que é a comissão de educação permanente, e essa comissão ela foi criada há mais ou menos um ano atrás e era justamente para que a gente pudesse multiprofissionalmente começar a pensar as ações de educação permanente no hospital [...]. (ER6)

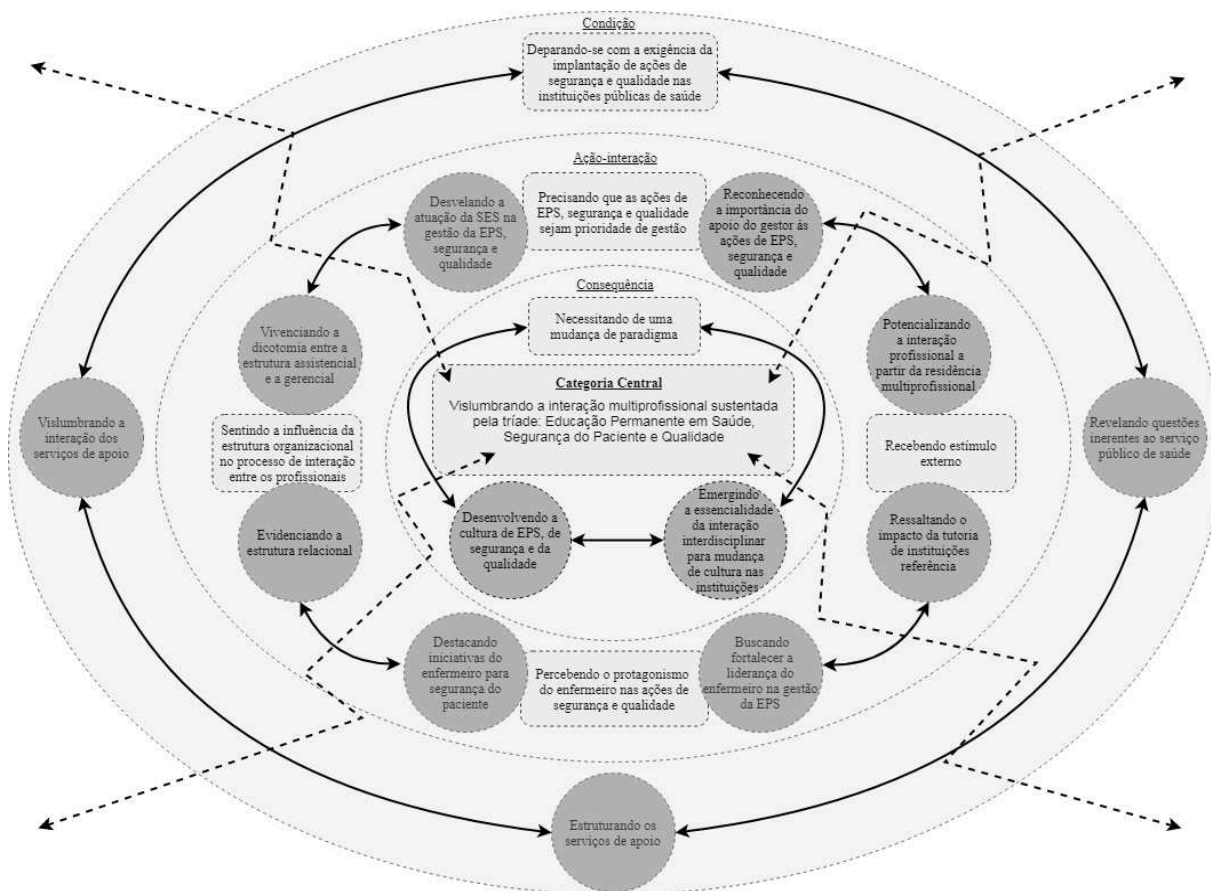
5.4 CATEGORIA CENTRAL

A Categoria Central do estudo, **Vislumbrando a interação multiprofissional sustentada pela tríade EPS em saúde, segurança do paciente e qualidade**, revela que a tríade EPS, segurança e qualidade é a linha condutora do processo de interação profissional nas instituições hospitalares. Ela é a base sobre a qual o fenômeno se desenvolve e se revela.

Essa categoria relaciona todas as outras categorias e subcategorias e foi representada, na Figura 14, pelo diagrama integrativo do fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos”¹⁵.

¹⁵ Conferir Diagrama em tamanho maior na p. 92.

Figura 14 – Diagrama integrativo do fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos”.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

A gestão da EPS, da segurança do paciente e da qualidade não foram apresentadas separadamente neste estudo, visto que esses eixos apresentaram um movimento de interdependência. Apesar de a EPS permear as ações de qualidade e segurança, essas, por sua vez, impulsionaram as ações de EPS, pois a informação e o conhecimento precisavam ser compartilhados com todos os profissionais que vivenciam a realidade laboral de forma a favorecer a efetivação dos processos de segurança e qualidade nas instituições.

Nesse contexto, o setor público possui uma dinâmica diferente do setor privado devido às várias questões próprias, o que traz particularidades para o processo de gestão da tríade nesse cenário. Essas questões incidem na dinâmica das relações interpessoais e consequentemente nas relações de poder nas instituições hospitalares, dificultando por vezes a interação profissional.

O processo de estruturação dos serviços de apoio nas instituições públicas do estado teve por base a exigência de leis e portarias do MS diante de um tema emergente discutido mundialmente: a segurança do paciente. Esse processo favoreceu a interação entre os serviços de apoio, no entanto, percebeu-se que a interação dos serviços de apoio isoladamente não daria conta da complexidade que envolve o tema. A interação precisava ser institucional e envolver os profissionais assistenciais, coordenadores e gestores.

A aproximação, o compartilhamento e a sensibilização foram considerados estratégias de gestão da tríade, as quais visaram à efetivação das ações de EPS, segurança e qualidade. No entanto, essa aproximação foi considerada tímida e repercutiu em falta de adesão dos profissionais às ações propostas. Nesse contexto, pode-se afirmar que existem duas situações pertinentes, a primeira seria a dificuldade dos profissionais e gestores em entender a lógica da integração dos serviços e da interação multiprofissional, e a segunda de colocar em prática essa configuração diante da realidade vivenciada.

Então, pode-se afirmar que a interação profissional é essencial não só na gestão da EPS, mas na gestão da segurança do paciente e da qualidade. A interação interdisciplinar está em processo de construção nos hospitais públicos, visto que, embora algumas ações caracterizem interações interdisciplinares, o que prevaleceu foi o movimento de tentar trabalhar junto diante da cultura da fragmentação presente no cenário hospitalar. Assim, a interação profissional para gestão da tríade é potencializada pela configuração da estrutura organizacional, pela prioridade de gestão, por estímulos extrainstitucionais e por iniciativas profissionais.

Essa interação revela a preocupação dos profissionais que participam desse processo com a melhoria da assistência prestada ao paciente. O significado dessa interação entre os profissionais foi revelado como uma necessidade de se trabalhar em prol de um cuidado seguro e qualificado. Segundo os participantes, esse cuidado não se refere apenas ao cuidado de enfermagem, mas à assistência à saúde de forma multiprofissional e interdisciplinar centrada no paciente, pois esta é a configuração primordial para a ruptura da cultura de fragmentação nas instituições hospitalares.

Na estrutura organizacional, os profissionais tendem a reproduzir a cultura institucional em suas ações, mesmo reconhecendo a necessidade de uma ruptura do modelo vigente de atenção à saúde. Percebe-se que modificar a cultura é um processo lento, visto que as novas ideias precisam ser internalizadas pelos sujeitos de tal forma que sejam transformadas não somente em discursos, mas em ações. Por vezes, a cultura institucional

legítima o modelo vigente por meio das crenças, costumes, valores e comportamento do profissional.

Assim, a fragmentação na estrutura organizacional influencia as interações profissionais, tendo impacto direto na estrutura relacional. Ressalta-se que os profissionais precisam se conhecer dentro das instituições, ter tempo e espaço disponível para o diálogo e para a interação horizontal. Nesse sentido, é preciso que o profissional de saúde seja visto como ser humano integral nesse cenário, em que seja considerado nas suas dimensões biológica, social e emocional.

A ênfase no apoio dos gestores nas ações de EPS, segurança e qualidade revelou a necessidade de uma cobrança legítima sobre as ações profissionais, percebida como ação motivadora da interação e adesão profissional aos objetivos institucionais. A ação de cobrar foi relacionada à importância dos projetos ou dos objetivos institucionais para o gestor e à capacidade de compreensão deste sobre o resultado do desenvolvimento das ações.

A autonomia gerencial concedida às instituições hospitalares apresenta duas faces. A primeira é poder escolher o projeto que responde melhor às necessidades da instituição e gerenciá-lo com determinada liberdade. A segunda é que a liberdade concede ao profissional o poder de escolha entre desenvolver ou não determinada ação. Considera-se que, quando processos de melhoria dependem exclusivamente de iniciativas profissionais, ou seja, da vontade das pessoas em transformar exigências em ações de melhoria para a instituição, corre-se o risco de não se efetivarem.

Por meio dos resultados, percebeu-se que uma mudança cultural necessita de estímulos internos, mas principalmente externos. Esses estímulos são capazes de potencializar a interação multiprofissional e interdisciplinar. Nesse tocante, a residência multiprofissional propõe a integração da teoria e da prática, do ensino e do serviço e das disciplinas, para envolver os profissionais no processo e contribuir para a ruptura do modelo vigente. Ainda, projetos extrainstitucionais trouxeram para as instituições o estímulo para ‘fazer melhor’. O impacto desses projetos foi sentido na motivação dos profissionais e na melhora da assistência, o que evidenciou a importância do envolvimento do gestor nas ações de melhoria.

As iniciativas profissionais impulsionaram as ações de segurança do paciente nas instituições hospitalares, no entanto, a gestão da tríade carece de projetos institucionais que direcionem os profissionais para uma mesma direção/objetivo comum.

A necessidade de desenvolvimento da liderança no enfermeiro está atrelada a dificuldades vivenciadas no seu dia a dia ao deparar-se com problemas de várias ordens

(interpessoais, técnicos, gerenciais) e, por vezes, não encontrar apoio ou suporte na direção. Nesse sentido, o fortalecimento da liderança do enfermeiro foi relacionado à autonomia e à participação no processo decisório por meio de uma gestão compartilhada, participativa e democrática, o que diverge do atual modelo de gestão considerada centralizadora por enfatizar a estrutura hierárquica tradicional.

Assim, a interação multiprofissional para gestão da tríade está condicionada a uma mudança de paradigma, pois a cultura da fragmentação presente nas instituições hospitalares é reforçada pelo modelo médico hegemônico de atenção à saúde. Esse modelo confronta a emergência de uma nova conformação diante da necessidade de melhorar o processo de cuidado nos hospitais. Para tanto, a interação multiprofissional vislumbra uma mudança de paradigma, a qual encontra na interdisciplinaridade subsídios para construção de uma nova cultura institucional que inclua a cultura da EPS, da segurança e da qualidade e que coloque o paciente no centro do cuidado, visto que a centralidade do cuidado por vezes parece estar dividida entre paciente e profissional de saúde.

Desta forma, a teoria substantiva apresenta o fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos” o qual foi sustentado por sete categorias, incluindo a categoria central, e 13 subcategorias organizadas por meio dos componentes do paradigma.

A integração dos profissionais na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade foi impulsionada pela exigência das ações de segurança e qualidade nas instituições públicas de saúde frente a publicação de legislação ministerial e influenciada pela estrutura organizacional, pela prioridade de gestão, por estímulos externos à instituição e pelo protagonismo do profissional enfermeiro. Para tanto, evidenciou-se a necessidade de uma mudança paradigmática que envolve uma mudança cultural por meio do desenvolvimento da cultura de EPS, segurança do paciente e qualidade nos hospitais públicos por meio da interdisciplinaridade.

6 MANUSCRITO 2: INTERAÇÃO PROFISSIONAL NA GESTÃO DA TRÍADE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender como acontece a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado a partir do significado atribuído pelos profissionais envolvidos. Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou a vertente estruturalista da Teoria Fundamental em Dados como método e a Teoria da Complexidade de Edgar Morin como referencial teórico. Participaram do estudo 27 entrevistados, entre enfermeiros assistenciais e gestores, que compuseram 4 grupos amostrais. Os resultados revelaram seis categorias e 13 subcategorias que representam o fenômeno estudado e destacam particularidades do sistema público de saúde, a influência do apoio do gestor e da prioridade de gestão, da disposição da estrutura organizacional, da cultura institucional, dos estímulos externos à instituição, da iniciativa e da liderança do enfermeiro na interação profissional para a gestão da tríade Educação Permanente em Saúde, a segurança do paciente e qualidade, revelando a necessidade de uma mudança cultural por meio da interdisciplinaridade. Essa configuração exige a conformação de novos modelos de gestão com ênfase em uma gestão mais participativa, de forma a melhorar os processos de cuidado nas instituições hospitalares, com repercussões na Rede de Atenção à Saúde.

Descritores: Educação Continuada; Segurança do Paciente; Gestão da Qualidade.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a RAS traz a proposta de integração entre os serviços e visa contemplar os princípios doutrinários e organizativos do SUS. No entanto, o sistema ainda enfrenta dificuldades para consolidar tal articulação e essa fragmentação também se reflete no interior das instituições hospitalares com a existência de departamentos isolados e incomunicáveis, o que repercute diretamente na resolutividade, responsabilização e integralidade do cuidado (LORENZETTI *et al*, 2014).

Nos hospitais públicos brasileiros, a estrutura organizacional normalmente segue as diretrizes estabelecidas pelos organogramas clássicos da administração, em que se destacam a hierarquia, o autoritarismo e a centralidade decisória, o que acaba por resultar em pouca cooperação, dificuldade de trabalhar em equipe e de desenvolver a interdisciplinaridade (KOERICH; ERDMANN, 2016a; ROCHA *et al*, 2014).

Assim, considerando o histórico de fragmentação das instituições hospitalares, no que se refere à disposição da estrutura organizacional, assim como da atuação dos profissionais de saúde, torna-se relevante investigar como tais aspectos repercutem na gestão

da EPS para a segurança do paciente e qualidade nesse cenário, pois a educação constitui uma prática essencial na construção de uma assistência mais segura e de qualidade ao paciente (ALZHRANI; JONES; ABDEL-LATIF, 2018; RAMÍREZ *et al*, 2018; OLDS *et al*, 2017).

Com o intuito de alcançar mudanças de paradigmas na área da saúde, o MS, por meio da PNEPS, tenta ressaltar a lógica da EPS (BRASIL, 2009). Esta, ao ser utilizada como instrumento gerencial, possui potencial para contribuir com a mudança das relações profissionais, do processo de trabalho e das práticas de saúde. Para tanto, o entendimento de sua base conceitual torna-se necessário por todos os atores envolvidos nesse cenário, em especial pelos gestores (LIMA; ALBUQUERQUE, WENCESLAU, 2014).

Para isso, o primeiro passo é superar a cultura da educação fragmentada e dissociada da realidade, colocando o cotidiano de trabalho como espaço de possibilidades de aprender, e modificar o modelo assistencial vigente (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017), visto que as práticas educativas necessitam de uma nova conformação para dar conta da complexidade do cenário atual na saúde.

No Brasil, o MS instituiu o PNSP por meio da Portaria n.º 529/2013, a qual prevê a qualidade do cuidado por meio de uma assistência segura ao paciente (BRASIL, 2013b). Para isso, as ações de segurança do paciente precisam estar articuladas em um plano de EPS e envolver todos os atores na instituição (BRASIL, 2014a).

Já a gestão da qualidade se propõe a oferecer atenção à saúde baseada nas melhores evidências, dentre as quais se destacam a centralidade no paciente e sua segurança (ROMERO *et al*, 2018). Essas ações devem ser trabalhadas com ações de EPS voltadas à construção da cultura da qualidade na instituição (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Diversos estudos relacionam a segurança do paciente com a qualidade como se fossem elementos interdependentes. No entanto, a EPS aparece como elemento coadjuvante no contexto da implantação de ações de segurança e qualidade nas instituições hospitalares. Este estudo defende a necessidade de colocar esses três eixos em um mesmo patamar de importância e relevância para conseguir a articulação necessária à mudança paradigmática necessária.

Assim, a gestão da EPS nas instituições hospitalares traz consigo a necessidade de interação entre os atores que compõem esse cenário, como gestores, profissionais e pacientes, considerando que a interação humana é promotora de construção de novos conhecimentos ou da reformulação de outros antes evidenciados (MORIN, 2010) e que o trabalho em saúde

exige a permanente articulação de saberes e práticas profissionais com vistas a construir um modelo de saúde mais integral (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

Nesse sentido, surge o seguinte questionamento: Como acontece a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS a fim de garantir um cuidado de enfermagem seguro e qualificado?

O estudo teve por objetivo compreender como acontece a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado a partir do significado atribuído pelos profissionais envolvidos.

2.MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um estudo qualitativo, no qual se utilizou TFD, ou *Grounded Theory*, como método de coleta e análise dos dados.

O cenário escolhido para o estudo foram as instituições hospitalares sob a administração pública direta em um estado ao sul do Brasil. Dentre as 13 instituições, três foram escolhidas como cenário de coleta, as quais foram sendo incluídas no estudo de acordo com a amostragem teórica, assim como a SES. A amostragem teórica é uma técnica de coleta de dados construída circularmente, já que a coleta e análise dos dados ocorrem simultaneamente. Ela permite a elaboração de conceitos que remetem o pesquisador a novos questionamentos ou hipóteses, os quais podem ser respondidos abordando um novo grupo de interesse e que sejam os melhores informantes (CORBIN, STRAUSS, 2015).

Os participantes foram escolhidos intencionalmente conforme objetivo do estudo e abordados no próprio ambiente de trabalho. Foram entrevistados 27 participantes entre enfermeiros assistenciais, e profissionais do grupo gestor, dentre estes, coordenadores, gerentes e diretores envolvidos com a temática do estudo. Os participantes foram organizados em quatro grupos amostrais direcionados pelas questões e hipóteses levantadas após a análise dos dados, conforme apresentado no Quadro 8.

Quadro 8 – Apresentação Amostragem teórica

GRUPO AMOSTRAL (GA)	NÚMERO DE PARTICIPANTES	QUESTÕES	HIPÓTESE LEVANTADA
Primeiro GA Hospital A	08 participantes (04 profissionais do grupo gestor e 04 enfermeiros assistenciais)	Fale-me sobre como as práticas de EPS são gerenciadas nessa instituição.	Em hospitais onde a direção tem como meta prioritária a segurança.
Segundo GA Hospital B	07 participantes (05 profissionais do grupo gestor e 02 enfermeiros assistenciais)	Fale-me sobre atuação da direção em relação à gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade na instituição.	Além do apoio da direção, o desenvolvimento de projetos com metas compartilhadas a nível institucional e extrainstitucional potencializa a interação profissional na gestão da EPS com enfoque na segurança do paciente e qualidade.
Terceiro GA Hospital C	08 participantes (06 profissionais do grupo gestor e 02 enfermeiros assistenciais)	Fale-me sobre a interface da gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade com iniciativas e projetos que vêm sendo implementados na instituição.	A SES oferece autonomia às instituições hospitalares para gerenciarem metas relacionadas à EPS, segurança do paciente e qualidade de forma a favorecer a interação profissional e mudanças culturais.
Quarto GA SES	04 participantes (04 profissionais do grupo gestor)	Fale-me sobre a atuação da SES na gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade nas instituições hospitalares.	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

As entrevistas foram gravadas em áudio digital após assinatura do TCLE, no período de junho e dezembro de 2018. Estas iniciaram com uma questão norteadora, de forma a dar liberdade ao participante para expressar-se sobre o tema: **Fale-me sobre como as práticas de EPS são gerenciadas nessa instituição**. A seguir, outras questões foram sendo dirigidas aos participantes para exploração dos significados por meio de entrevista em profundidade. À medida que o processo de coleta e análise foi avançando, as entrevistas foram se tornando mais estruturadas, com questões direcionadas a responder às hipóteses e aprofundar os conceitos que foram sendo identificados (CORBIN, STRAUSS, 2015; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A análise de dados ocorreu por meio de três etapas interdependentes denominadas codificação aberta, codificação axial e integração. Os resultados foram apresentados no

paradigma composto pelos componentes: condição; ação-interação e consequência (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Os dados foram organizados no *software* NVIVO® versão 12. A validação da teoria ocorreu em uma reunião do COSEP na SES, da qual participaram seis enfermeiros com *expertise* na temática do estudo, atuantes em seis instituições hospitalares com administração direta no estado de Santa Catarina. Na validação, foram utilizados três dos quatro critérios previstos por Glaser e Strauss, que julgaram a aplicabilidade da teoria, sendo eles: ajuste; compreensão e generalização teórica (GLASER; STRAUSS, 1967; CORBIN; STRAUSS, 2015).

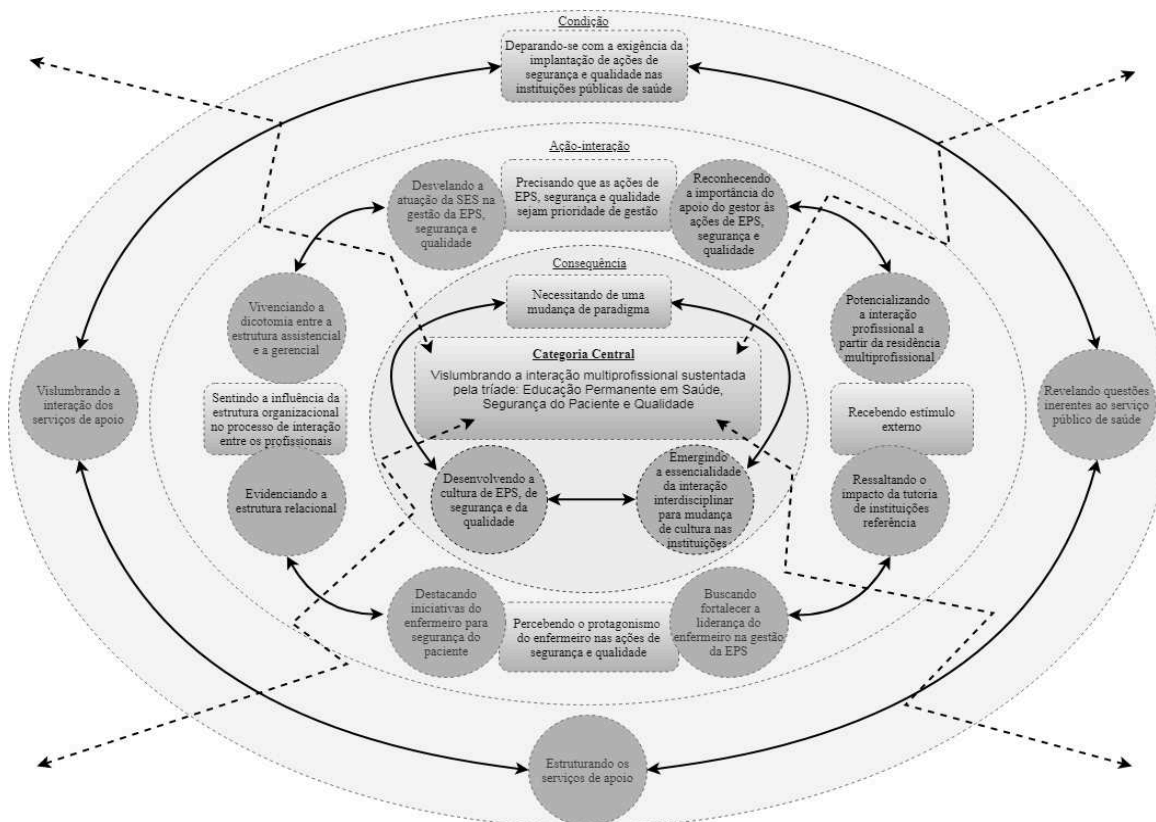
A pesquisa obedeceu à Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos CAAE 80479717.2.0000.0121 (BRASIL, 2012). Os participantes dos grupos amostrais foram representados pelas “ET”, “EH”, “ER”, “ES” seguido do número respectivo a ordem da entrevista.

3. RESULTADOS

A categoria central ‘Vislumbrando a interação multiprofissional sustentada pela tríade educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade’ revela que a tríade EPS, segurança e qualidade é a linha condutora do processo de interação profissional nas instituições hospitalares. Ela é a base sobre a qual o fenômeno se desenvolve e se revela.

Essa categoria relaciona todas as outras categorias e subcategorias, e foi representada na Figura 15 pelo diagrama integrativo do fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos”.

Figura 15 – Diagrama integrativo do fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos”¹⁶.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

A gestão da EPS não foi revelada isoladamente neste estudo, visto que a EPS, a segurança do paciente e a qualidade apresentaram um movimento de interdependência. Apesar de a EPS permear as ações de qualidade e segurança, essas, por sua vez, impulsionaram as ações de EPS, considerando que a informação e o conhecimento precisavam ser compartilhados com todos os profissionais que vivenciam a realidade laboral de forma a favorecer a efetivação dos processos de segurança e qualidade nas instituições.

Nesse sentido, considerando questões inerentes ao serviço público, as quais tornam o processo de gestão da tríade neste cenário particular e refletem na dinâmica das relações interpessoais, pode-se afirmar que a interação profissional é essencial não só na gestão da EPS, mas na gestão da segurança do paciente e da qualidade. Assim, a interação profissional

¹⁶ Conferir Diagrama em tamanho maior na p. 92.

para gestão da tríade é potencializada pela configuração da estrutura organizacional, pela prioridade de gestão, por estímulos extrainstitucionais e pelas iniciativas profissionais.

Essa interação revela a preocupação dos profissionais com a melhoria da assistência prestada ao paciente, o que significa uma necessidade de se trabalhar em prol de um cuidado seguro e qualificado. Segundo os participantes, esse cuidado não se refere apenas ao cuidado de enfermagem, mas à assistência à saúde de forma multiprofissional e interdisciplinar centrada no paciente, sendo essa configuração primordial no processo de ruptura da cultura de fragmentação nas instituições hospitalares.

Assim, a interação multiprofissional para gestão da tríade está condicionada a uma mudança de paradigma, dada a cultura da fragmentação presente nas instituições hospitalares, reforçada pelo modelo médico hegemônico de atenção à saúde. Esse modelo confronta a emergência de uma nova conformação diante da necessidade de melhorar o processo de cuidado nos hospitais. Para tanto, a interação multiprofissional vislumbra uma mudança paradigmática, a qual encontra na interdisciplinaridade subsídios para construção de uma nova cultura institucional que inclua a cultura da EPS, da segurança e da qualidade e que coloque o paciente no centro do cuidado.

Desta forma, a teoria substantiva apresenta o fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos” o qual foi sustentado por sete categorias, incluindo a categoria central, e 13 subcategorias organizadas por meio dos componentes do paradigma.

A integração dos profissionais na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade foi impulsionada pela exigência das ações de segurança e qualidade nas instituições públicas de saúde frente a publicação de legislação ministerial e influenciada pela estrutura organizacional, pela prioridade de gestão, por estímulos externos à instituição e pelo protagonismo do profissional enfermeiro. Para tanto, evidenciou-se a necessidade de uma mudança paradigmática que envolve uma mudança cultural por meio do desenvolvimento da cultura de EPS, segurança do paciente e qualidade nos hospitais públicos por meio da interdisciplinaridade.

O componente **Condição** foi representado pela categoria **Deparando-se com a exigência da implantação de ações de segurança e qualidade nas instituições públicas de saúde**, a qual é composta por três subcategorias que são ilustradas pelas falas dos participantes do estudo.

A primeira subcategoria **Revelando questões inerentes ao serviço público de saúde** apresenta o motivo de o fenômeno ocorrer, destacando as dificuldades de cunho gerencial nos serviços públicos de saúde que impactam nas ações de segurança e qualidade. Entre elas, a alta rotatividade dos cargos de gestão e a descontinuidade de projetos foram consideradas prejudiciais para o desenvolvimento dos processos de melhoria nas instituições hospitalares, considerando que geram falta de credibilidade e adesão às novas ações e projetos institucionais por parte dos profissionais.

[...] esse ano nós tivemos troca de quatro secretários de saúde, então nós tivemos duas trocas de direção de hospital e, quando a gente estava alinhado com a nossa comissão [EPS], a direção pediu para que mudasse alguns membros [...] e de certa forma isso acabou enfraquecendo um pouco a comissão. (ER6)

[...] até você descobrir o caminho a percorrer, já se passou muito tempo, e aí essa ‘falha no tempo’, para você descobrir esse caminho, eu vejo que vai repercutindo lá onde as pessoas estão na produção. Vai caindo a qualidade, vai caindo o interesse das pessoas, porque elas não estão vendo as coisas andarem [...]. (ET3)

Para tanto, diante dos impasses da influência político partidária, os participantes defendem que os cargos de gestor em instituições públicas deveriam ser ocupados por profissionais que conhecessem a realidade da instituição e que possuíssem formação e experiência na área gerencial. Afirmam que, apesar de alguns gestores terem boas ideias, a falta de formação gerencial é um impeditivo para efetivá-las na prática.

[...] essa é uma das maiores dificuldades e desafios que a gente tem para tudo que é público no Brasil, porque nós temos infelizmente poucas pessoas preparadas, que no caso são os nossos gestores, são pessoas que tem pouco conhecimento técnico, científico [...]. (EH3)

Os participantes defendem que a inadequada gestão dos recursos, apesar da restrição orçamentária no setor público de saúde, é a principal responsável pelo impacto negativo na implantação de ações de segurança e qualidade nos hospitais. Visto que os hospitais do estado apresentam uma estrutura física com diversas fragilidades e comprometimentos, a falta de materiais essenciais faz com que os profissionais tenham que adaptar os protocolos, e a falta de recursos humanos nas unidades assistenciais e nos serviços de apoio faz com que se trabalhe sem planejamento.

[...] porque os hospitais são velhos, mas eles não são tão velhos o quanto eu achei que eles eram [...] mas como eles tem uma demanda muito alta

deprecia muito a estrutura física [...] por que ele [hospital] foi montado e estruturado para um tipo de serviço, como houve a necessidade de implantar muitos outros serviços, ele incorporou esses outros serviços dentro de uma estrutura que não poderia [...]. (ES3)

[...] a CCIH fala da lavagem das mãos, mas não tem papel para secar a mão [...] a gente tem mais funcionários que um shopping e tem um banheiro com dois vasos sanitários que não tem sabão [...]. (ER2)

O que acontece hoje? Se for fazer um inventário, foi dada baixa [almoxarifado], mas não é verdade, o hospital está cheio de material guardado nos setores, e aí na minha percepção é falta de gestão, é preciso diminuir custo [...] o Estado tem que ter mecanismos de controle. (ER8)

Nesse sentido, os entrevistados reclamam a necessidade de uma gestão mais eficiente dos recursos materiais e humanos, incluindo uso de sistemas informatizados de gerenciamento de materiais, levantamento do índice de absenteísmo e dimensionamento adequado de pessoal nas instituições.

A segunda subcategoria **Estruturando os serviços de apoio** apresenta a organização dos serviços de apoio diante da necessidade de implantação de ações de segurança do paciente nas instituições hospitalares, em resposta à legislação de segurança do paciente em um momento de repensar as práticas de saúde a nível mundial.

Historicamente nas instituições hospitalares, os serviços de apoio foram implantados por determinação legal e sem muito planejamento. Antes da publicação da Portaria n.º 529/2013, alguns serviços como o NEP e o SCIH já existiam nas instituições hospitalares do estado. Outros foram sendo estruturados a partir de então, a exemplo do NSP, que se deu diante da publicação da RDC n.º 36/2013, com o qual se iniciou a elaboração e implantação dos seis protocolos básicos de segurança do paciente. Contudo, desde o início o NSP sofreu oscilações em relação à implantação dos protocolos, influenciadas principalmente pelo apoio incipiente dos gestores.

[...] o nosso núcleo a gente começou bem, a gente fez um plano de segurança do paciente, já começou a implantar algumas ações e foi até 2015, sabe que é cheio de altos e baixos né? Aí a gente teve uma queda [no rendimento] no final de 2015 e 2016 que a gente ficou quase um ano sem nem reunião do núcleo conseguir fazer. (EH7)

O NQ, também chamado de setor de qualidade ou escritório da qualidade pelos participantes, é um dos últimos serviços de apoio a estruturar-se nas instituições hospitalares. É uma proposta da SES que possui como objetivo melhorar os processos de qualidade nas

instituições hospitalares com administração direta no estado. Nesse sentido, foi citado o desenvolvimento do projeto de gestão da qualidade com base na ISO 9001.

[...] eles [serviços de apoio] estão num momento de ir se acomodando. Eu enxergo que daqui a alguns anos vai ter um escritório dentro do hospital responsável por toda a atividade de qualificação de pessoal, que nesse momento está dividida [...]. (ES2)

[...] a facilidade é que a ISO trabalha por processos, muito focada em organização de registro, de documentação, então é uma base também para qualquer outra acreditação ou certificação de qualidade que o hospital queira, uma ONA, uma *Join Commition*, já vai ter uma base organizada. [...]. (ER1)

No entanto, observou-se que os hospitais deste estudo possuem estruturas organizacionais diferenciadas em relação à disposição dos serviços de apoio, ou seja, não seguem uma padronização estabelecida pela SES. Nesse sentido, apenas um hospital apresentou todos os serviços de apoio em uma mesma estrutura física. Os outros, apesar das iniciativas de integração, apresentam alguns serviços isolados, destacando o NEP. Esse serviço é subvalorizado, normalmente desenvolve ações pontuais fora de um plano ou projeto institucional, e apresenta baixa adesão dos profissionais. Entretanto, em alguns hospitais, esse serviço está sendo absorvido por uma estrutura maior de ensino e pesquisa decorrente da implantação da residência multiprofissional.

[...] ele [diretor] identificou que nós deveríamos ter um departamento acadêmico, ele gostaria de transformar o hospital em hospital escola, então ele até já fez um contato com quem ficaria responsável por esse departamento, que é uma reformulação da estrutura organizacional do hospital [...]. Então agora o NEP, que era ligado direto à uma gerência, vai ser absorvido por esse departamento [...]. (ER6)

A proposta é que os serviços de apoio dividam o mesmo espaço físico no sentido de favorecer a interação entre os coordenadores e a troca de informações. Essas experiências têm apresentado resultados positivos e contribuído para o compartilhamento de informações, responsabilidades e até mesmo ações conjuntas, contudo, foi ressaltado ser necessário esses profissionais aprenderem a trabalhar de forma integrada.

[...] aqui a gente percebe que o pessoal trabalha isolado e, do ano passado para cá, a gente provocou bastante isso, a CCIH, o núcleo de segurança do paciente, a epidemiologia e a gerência de risco eram todos separados e a gente reuniu. Mas ontem mesmo tivemos uma reunião, porque eu acho que eles não entenderam a essência. (ER8)

Os participantes defendem a importância da dedicação exclusiva dos coordenadores desses serviços, da disponibilidade de uma equipe de suporte, assim como da necessidade de capacitação desses profissionais.

A terceira subcategoria **Vislumbrando a interação dos serviços de apoio** apresenta como os coordenadores dos serviços de apoio mobilizaram-se para interação diante da necessidade de implantação de ações de segurança e de qualidade nas instituições hospitalares.

Nesse sentido, o NSP foi apontado como um espaço de encontro e interação entre os representantes dos serviços de apoio e equipe multiprofissional. Além desse espaço, os coordenadores dos serviços de apoio buscam desenvolver estratégias considerando a necessidade de sensibilização dos profissionais assistenciais a respeito da importância da implantação das ações de segurança do paciente e qualidade. Para tanto, relatam um movimento de ir a campo, para orientação da equipe, a partir de um evento adverso ou um problema da prática por meio da atuação *in loco*, buscando romper um modelo institucionalizado de trabalho fragmentado, em prol de um trabalho dinâmico e proativo.

[...] eu acho que a gente ainda está muito distante deles [profissionais assistenciais], a gente já melhorou muito em relação a isso, até com essa questão do treinamento *in loco*, a nossa ida ao setor, a gente já conseguiu aproximar muito mais as equipes e mostrar, para eles terem a percepção da importância dos protocolos, das ações, das notificações. Mas ainda tem muito a melhorar nesse ponto [...]. (EH6)

A realização de práticas com abordagem voltada para pequenos grupos e rodas de conversa apresentou menos resistência e mais compromisso dos profissionais assistenciais. Quanto a isso, as ações realizadas pelos serviços de apoio *in loco* podem ser consideradas práticas de EPS, visto que são realizadas dentro de um movimento institucional de melhoria da segurança do paciente e da qualidade, no entanto, precisam fazer parte de um plano de EPS e possuir enfoque participativo e não apenas instrutivo.

[...] o meu envolvimento com o DEP e todas essas ramificações, CCIH e gerenciamento de resíduos e outros [serviços de apoio] é esse, elas mandam as determinações, que claro são feitas de acordo com as determinações de ministério e tal, e eu tento adequar o máximo que eu consigo aqui dentro, dentro das particularidades do setor. (ET6)

Ainda, o compartilhamento dos resultados da análise dos indicadores de segurança e qualidade com os profissionais assistenciais tem sido utilizado como estratégia de interação

pelos serviços de apoio em alguns hospitais, e, como resultado, percebe-se uma melhora da adesão às ações propostas.

O componente **Ação-interação** foi representado por quatro categorias e suas respectivas subcategorias, as quais foram ilustradas com relatos dos participantes do estudo. A primeira categoria **Sentindo a influência da estrutura organizacional no processo de interação entre os profissionais** é composta por duas subcategorias. A primeira subcategoria **Vivenciando a dicotomia entre a estrutura assistencial e a gerencial** revela como a estrutura organizacional dos hospitais interfere nas relações e interações profissionais.

A fragmentação entre estrutura assistencial e gerencial nos hospitais foi considerada uma questão cultural, visto que grande parte das ações assistenciais e gerenciais é realizada de forma isolada. Culturalmente, ocupar um cargo administrativo na coordenação de um serviço de apoio tem o significado de ‘progressão’ profissional, sendo este considerado um trabalho mais valorizado que o assistencial, dada a hierarquia institucional. Embora nem sempre essa ‘progressão’ seja pautada na competência profissional, essa realidade está em movimento diante da necessidade de profissionais capacitados na coordenação desses serviços.

[...] quando eu estava na assistência, eu via muito isso. Você desanima em querer progredir, porque na verdade você só vai progredir para algum lugar se tiver alguém para te levar, dificilmente você consegue progredir por conhecer bem a tua área, dificilmente isso acontece [...] então você vai chegar no administrativo se você tem uma boa relação com quem já está no administrativo [...]. (ET3)

O distanciamento entre os serviços de apoio e as unidades assistenciais é revelado pela pouca interação entre os profissionais ‘do lado de cá’ (administrativo) com os profissionais ‘do lado de lá’ (assistencial), resultando em baixa adesão à notificação de eventos adversos e práticas de EPS, assim como dificuldade na implantação dos protocolos de segurança do paciente. Nesse sentido, os coordenadores dos setores de apoio são considerados atores-chave no processo de interação profissional para integração dessas duas dimensões, em especial quando possuem experiência assistencial prévia na instituição, considerando a empatia um recurso essencial nesse processo.

[...] eu sempre estive na assistência, desde que eu entrei aqui eu estive do lado de lá, então quando a gente está do lado de cá é bem diferente, a visão é outra, é tudo diferente, você tem outra visão do hospital, por incrível que pareça, parece que não é o mesmo hospital o que eu trabalho aqui e o que eu trabalhava lá [...]. (ET3)

[...] então eu vejo que para nós é um facilitador, para os nossos serviços, ter a experiência [...] trabalhei em quase todas as clínicas, trabalhei na UTI,

então as pessoas nos conhecem dentro do hospital, e eu acho que isso é um facilitador [...]. (ET1)

Nesse movimento, apesar de a prática da sensibilização ser citada como ideal para a adesão dos profissionais às ações de melhoria, por outro lado, no caso das práticas educativas a imposição ou obrigação foi citada como a única solução diante de uma cultura institucional de negação às ações educativas.

A segunda subcategoria **Evidenciando a estrutura relacional** mostra que as relações interpessoais precisam ser uma preocupação dos gestores para que a gestão da EPS, segurança e da qualidade se efetive na prática.

Os participantes revelam que apesar de a estrutura física e organizacional muitas vezes não favorecer a interação entre os profissionais nas instituições, essa condição não é percebida como uma barreira para a gestão da EPS, da segurança e da qualidade, apesar de indicar a necessidade de adequações. Os entrevistados ainda afirmam que o principal desafio está no distanciamento relacional, ou seja, em como as relações interpessoais se estabelecem no contexto laboral.

[...] acho que o espaço não vai fazer diferença se eu estou próxima ou distante no momento de interagir, de tomar uma decisão. Até porque, para nós, de certa forma, todo mundo teria que de alguma forma estar participando, todas as chefias, e a gente tem chefias espalhadas no hospital inteiro. (ET3)

Assim, a necessidade de espaços de interação na instituição hospitalar, ou até mesmo fora desta, foi realçada no sentido de favorecer o envolvimento interpessoal, já que esse é um processo que envolve conhecer o outro, respeitá-lo e colocar-se a disposição para contribuir. Esses espaços coletivos são oportunidades de integração que possibilitam a discussão e aproximação da equipe multiprofissional.

No entanto, o ‘espírito de equipe’ é considerado frágil nas instituições hospitalares, como demonstra o seguinte trecho da entrevista: “[...] de repente por causa de dois médicos não poderíamos ter o credenciamento de hospital amigo da criança [...] isso é uma coisa que me choca muito, porque a gente não tem nem um espírito de equipe [...]”. (ER7). Essa expressão significa que os profissionais precisam aprender a discutir, concordar, discordar e buscar consensos, ou seja, acordar o que for melhor para a instituição, e não para si mesmos ou para sua categoria profissional.

A comunicação falha foi considerada uma deficiência nos hospitais públicos, um importante entrave para a interação profissional, considerando as divergências ideológicas e

de condutas entre os profissionais, que foram relacionadas nesse estudo à formação diferenciada dos profissionais de saúde e à falta de padronização nas instituições.

A segunda categoria **Precisando que as ações de EPS, segurança e qualidade sejam prioridade de gestão** apresenta como primeira subcategoria **Reconhecendo a importância do apoio do gestor às ações de EPS, segurança e qualidade**, a qual aborda a necessidade de planejamento, participação, supervisão, apoio e cobrança dos gestores, em especial do diretor dos hospitais, em relação à implantação de ações e projetos nas instituições hospitalares.

Nesse estudo, a implantação de um projeto gerenciado por uma instituição hospitalar referência no Brasil revelou que ter alguém da direção auditando os processos e cobrando, assim como a própria aproximação dos profissionais com a direção, motivou a colaboração destes em relação à implantação do projeto.

[...] as reuniões desse projeto eram feitas dentro da sala do diretor, todo momento se ele não participava a gerência técnica participava, porque tinha uma cobrança, entendeu? [...] e a gente fez várias reuniões, a gente fazia com todo mundo que estava ligado ao processo dentro da emergência [...] todo mundo se empenhou em enxugar o processo, porque tinha alguém aqui dentro fazendo uma auditoria se isso estava funcionando ou não [...] as coisas tinham resolutividade porque tinha cobrança e, para funcionar, tem que ter essa cobrança. (ER5)

Após a troca de gestor, nessa mesma instituição, a implantação de outro projeto não teve os desdobramentos esperados devido ao envolvimento pouco expressivo da direção. Os participantes defendem que o apoio da direção às ações de melhoria está condicionado essencialmente ao perfil do gestor, à prioridade de gestão e à compreensão da importância dos serviços de apoio. Esses serviços foram considerados carentes de apoio do gestor diante da pouca estrutura, dos RH insuficientes, e do distanciamento da direção, como é expresso no depoimento a seguir: “[...] com a direção geral, a relação é mais pela questão burocrática mesmo, se você precisa de uma compra de alguma coisa, não tem essa participação no serviço em si deles, é mais essa questão administrativa mesmo”. (ET2)

Os participantes citam a necessidade de uma gestão compartilhada que considere ouvir a multidisciplinaridade, no intuito de modificar uma realidade em que o processo de decisão é centralizado na direção: “[...] apoio para mim é fazer reuniões, ser gestão participativa, compartilhar, explicar [...] colocar para a equipe, que talvez venha uma resposta, venha uma solução que nem se imaginava. Tentar compartilhar e ver o que é prioridade no hospital [...]” (ER8).

Dessa forma, segundo os participantes, o papel do diretor seria fortalecer a interação da equipe multiprofissional e cobrar dos profissionais seus deveres e atribuições, visto que a implantação de processos de melhoria carece do envolvimento e participação de todos os profissionais atuantes na instituição.

A segunda subcategoria **Desvelando a atuação da SES na gestão da EPS, segurança e qualidade** apresenta as iniciativas da SES visando à qualidade e à segurança nos treze hospitais públicos estaduais com administração direta.

Entre outras atribuições, a SES realiza a gestão dos recursos financeiros, sendo responsável pela contratação de recursos humanos, compra de materiais e outros insumos. Apesar de a SES possuir legitimidade para gerenciar as instituições hospitalares, existe a tendência de dar autonomia aos hospitais em relação à sua organização interna, a qual fica sob a responsabilidade da direção do hospital. Os participantes relatam ser importante dar autonomia aos hospitais, porém evidenciam a necessidade da SES acompanhar de perto seu desenvolvimento.

[...] quem gerencia a instituição é o diretor, a SES não tem esse poder. [...] sugerir a gente até pode, a gente até sugere algumas coisas quando a gente faz as nossas visitas, mas é bem dentro da área técnica, a gente não passa do limite de autoridade deles. (ES3)

Assim, percebendo essa necessidade, a SES buscou uma aproximação a partir da SUH, a qual é responsável por orientar e auxiliar os hospitais a se adequarem às exigências da vigilância sanitária por meio de uma consultoria de apoio técnico e emissão de auto de irregularidades. No entanto, devido ao distanciamento entre a SES e os hospitais, essa aproximação, em um primeiro momento, gerou estranhamento e resistência dos profissionais. Nesse sentido, para implantação de projetos do MS, foram buscadas instituições com maior receptividade.

A secretaria esteve meio longe dos hospitais [...] agora nós estamos nos aproximando das unidades, então eu percebi que eles [profissionais] meio que se assustaram um pouco [...] que eles estão um pouco armados ainda, porque eles não estão acostumados com visitas externas, a não ser a punitiva, a preventiva não. (ES3)

A SES dispõe ainda da DEPS - que promove encontros mensais dos coordenadores dos NEPs das instituições hospitalares com o objetivo de discutir EPS - e do COSEP, que é considerado um espaço de troca de experiências entre os representantes dos NSPs, bem como

o Comitê de Humanização, o qual prevê a implantação do NH nos hospitais. Nesse processo, observou-se a dificuldade de os profissionais trabalharem sob a forma de gestão colegiada.

Destaca-se ainda que o projeto AcolheSUS do MS, a partir da PNH, contribuiu para a aproximação da SES e da instituição hospitalar escolhida para implantação do projeto.

[...] nesse projeto AcolheSUS, por exemplo, três ou quatro pessoas da secretaria se revezam, compondo a equipe do AcolheSUS. Nós temos membro da secretaria dentro desse projeto, uma frente que realmente está olhando para dentro do hospital é a da humanização [...] (ER6)

Outra iniciativa da SES, a fim de favorecer a instrumentalização do enfermeiro para o desenvolvimento e implantação da SAE nas instituições hospitalares, foi a organização de uma especialização sobre a SAE, assim como a sua inclusão no plano estadual de saúde.

A terceira categoria **Recebendo estímulo externo** é composta por duas subcategorias. A primeira subcategoria **Potencializando a interação profissional a partir da residência multiprofissional** descreve como a residência multiprofissional contribui para a interação entre os profissionais na gestão da EPS, da segurança e da qualidade.

Segundo relatos, o programa de residência multiprofissional começou a ganhar força no estado de Santa Catarina após a divulgação da CNRMS. Entretanto, a expansão do programa de residência multiprofissional foi considerada incipiente no estado, que possui apenas dois hospitais com o programa implantado e três em processo de avaliação do projeto pelo MEC. Entre os empasses para a implantação do programa foi citada a necessidade de estrutura física e de recursos humanos na instituição, incluindo tutores e preceptores para todas as disciplinas, assim como a necessidade de remuneração específica e da constituição de uma comissão com coordenação de um mestre ou doutor.

[...] tem alguns critérios para você montar a COREMU, por exemplo, o coordenador precisa ter no mínimo um mestrado, então às vezes as pessoas que estão lá na área da assistência não são pessoas que são da área acadêmica [...] a área acadêmica, mestrado e doutorado, às vezes não está dentro do hospital, então essa é uma dificuldade [na implantação da residência multiprofissional] [...]. (ES4)

O impacto da residência multiprofissional em um curto período de dois anos no estado tem se mostrado relevante por reduzir consideravelmente as barreiras entre as disciplinas e ter modificado as relações profissionais, contribuindo para a interação interdisciplinar. Segundo os participantes, a residência multiprofissional trouxe uma melhora na articulação entre teoria e prática, assim como na própria assistência, o que potencializou o serviço e a qualidade da discussão entre os profissionais.

[...] o residente realmente qualifica o serviço e auxilia, ele tanto está aprendendo quanto está auxiliando na execução, pois é um profissional formado. Então algumas áreas entenderam que no começo ia ser muito trabalho estruturar um programa de residência, porque você vai ter uma seriedade no trabalho. O Ministério da Educação tem bastante exigência para ter um programa de residência, então é bastante trabalhoso, mas por outro lado haveria um prêmio, vamos dizer assim, que é receber esse profissional para ajudar no serviço, então as áreas acharam que valia a pena esse esforço de fazer esse projeto, pelo menos a maioria delas. (ER1)

Nesse sentido, os gestores acreditam que a residência multiprofissional possui como principal desafio a ruptura da fragmentação disciplinar nas instituições hospitalares. A utilização do centro de estudos, por exemplo, por todos os profissionais da instituição foi considerada melhor nos hospitais com residência multiprofissional. Contudo, reforçam que a gestão das residências, multiprofissional e médica, precisa acontecer em conjunto e, para tanto, os participantes relatam a importância do entendimento e apoio do diretor do hospital.

A segunda subcategoria **Ressaltando o impacto da tutoria de instituições referênciada** revela como iniciativas ministeriais, como o PROADI-SUS, são capazes de favorecer a interação entre os profissionais nas instituições hospitalares na gestão da EPS, da segurança do paciente e da qualidade, considerando que exigem desde o início a participação ativa da direção, assim como da equipe multiprofissional. Nesse sentido, pode-se citar o desenvolvimento de projetos por hospitais filantrópicos de excelência nas instituições hospitalares do estado, a exemplo dos projetos ‘Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil’ e ‘*Lean* na emergência’, por meio do PROADI-SUS e coordenação IHI.

Percebeu-se que a presença de representantes dessas instituições nos hospitais aumentou a adesão e o comprometimento dos profissionais às ações propostas. O fato de ter ‘alguém de fora’ da instituição, acompanhando o que estava sendo feito, fez com que os profissionais dessem mais importância para o trabalho realizado.

[...] a gente recebeu a visita do nosso hospital coordenador, que é responsável por nos ajudar a implantar o projeto aqui no hospital [...] ficaram dois dias aqui, e muito tempo lá na UTI, conversando com os técnicos, com a equipe multiprofissional e falando da importância do projeto, então assim, a gente tem um projeto até o dia que eles vieram e outro projeto a partir dali [...] aí, como é um projeto de três anos, a gente acredita que até o final isso já vai estar incorporado, já vai ser natural fazer dessa forma [...] (ET7)

Os participantes relataram que, com o desenvolvimento dos projetos, os serviços de apoio passaram a ter uma atuação mais ativa nas unidades assistências, com práticas de EPS *in loco*, além da interação entre os coordenadores e destes com a direção ter sido

potencializada. Dessa forma, os projetos acabaram mostrando a importância dos serviços de apoio para os gestores na instituição.

Com a implantação dos *rounds*, a interação profissional na UTI passou a ter um caráter interdisciplinar. Ainda nesse cenário, o projeto incentivou a implantação da visita estendida, possibilitou o levantamento de indicadores e orientações em relação à sua utilização e oportunizou a aplicação das melhores evidências científicas por meio de *bundles*, no sentido de potencializar o movimento em prol das ações de segurança do paciente e qualidade.

[...] ‘*round*’ significa que a equipe multiprofissional vai de leito em leito discutindo sobre todos os pacientes, no caso da parte da enfermagem a escala de dor, se precisa ou não da sonda vesical, os antibióticos, sonda enteral, dieta via oral, as profilaxias para as lesões de córnea, se tem lesão por pressão [...] tem o *checklist* e um [profissional] fica responsável e vai perguntando para toda a equipe, fisioterapeuta, farmácia, nutrição, se discute sobre todos os pacientes [...] (EH2)

No entanto, os participantes perceberam uma queda no desempenho do projeto quando o monitoramento dos resultados passou a ser realizado à distância pelos tutores.

[...] a gente continua preenchendo [indicadores], eu preencho a planilha e mando para eles, se eu não mando, eles me dão um ‘puxão de orelha’ porque eles estão monitorando a gente, e viram também que já subiu (sic) muito os índices, que já não é mais o que era quando eles estavam aqui. (ER5)

Foi observado no relato dos participantes que em ambos os projetos houve problemas relacionados à falha de comunicação no início de sua implantação, visto que acabaram impactando a instituição como um todo. Dessa forma, restringir as informações a respeito do projeto, assim como a participação dos demais profissionais, incluindo os serviços de apoio, foi uma condição que prejudicou de certa forma o desenvolvimento das ações, o que interferiu no cumprimento das metas estabelecidas.

Os participantes revelaram que, apesar de não terem percebido muitas mudanças em relação à interação multiprofissional com o projeto ‘*Lean nas emergências*’, especificamente nos profissionais de enfermagem foi observado um despertar para a empatia, para o trabalho em equipe, para a comunicação, para a interação e para o compartilhamento de responsabilidades em relação ao cuidado com o paciente entre as equipes de enfermagem atuantes nas diferentes unidades assistenciais da instituição.

[...] se passou a ter uma comunicação melhor entre a equipe de enfermagem, com equipe de enfermagem da UTI também, que era um pouco travada [...] então isso mudou muito. Hoje em dia elas [enfermeiras] agilizam algumas

coisas para o paciente subir para a UTI o mais breve possível [...] melhorou essa questão da comunicação entre as enfermeiras, entre as equipes de enfermagem. (ER4)

Ainda, o projeto aproximou o hospital da RAS, buscando estabelecer um fluxo de acompanhamento para o paciente, a partir de uma parceria com a ABS, e de orientação das equipes da ABS e das UPAs no atendimento aos pacientes não classificados como urgência e emergência. Além disso, foi instituído o programa de atenção domiciliar (PAD) no hospital dia com o intuito de evitar reinternações. Essas ações indicaram a necessidade de pensar a interação profissional além dos muros institucionais.

A quarta categoria **Percebendo o protagonismo do enfermeiro nas ações de segurança e qualidade** apresenta a primeira subcategoria **Destacando iniciativas do enfermeiro para segurança do paciente** que revela o engajamento dos enfermeiros nas ações e projetos que visam à segurança do paciente nas instituições hospitalares.

Os participantes afirmam que a equipe de enfermagem adquiriu maior consciência sobre o processo de segurança do paciente, aderindo aos protocolos requeridos, como também aos projetos extrainstitucionais, em relação aos demais profissionais de saúde. Assim, os enfermeiros foram considerados gestores dos protocolos de segurança do paciente, visto que normalmente ocupam lugar de destaque no cenário hospitalar e estão à frente dos serviços de apoio, comissões, ações e tomadas de decisão, embora a necessidade de envolvimento e participação de toda a equipe multiprofissional tenha sido reconhecida.

[...] a gente tem um protocolo que é da identificação, os outros ainda não estão implantados pela falta de adesão, mas o de identificação só está implantado pela enfermagem, porque os outros funcionários eles não agregaram, se vê um paciente sem identificação acha que não é a parte dele, diz que não precisa [...]. (ER2)

Nesse sentido, enfermeiros atuantes na UTI destacaram-se pela realização de ações que visam ao aperfeiçoamento profissional e à interação multiprofissional e interdisciplinar, como aulas *in loco* realizadas por um membro da equipe multiprofissional, envolvimento da equipe técnica e residentes nas discussões do processo de trabalho, aulas *online* para os enfermeiros e formação de um grupo de estudos.

O serviço de gestão de resíduo e a comissão de pele tornaram-se referência no estado por iniciativa de enfermeiros. Além disso, os resultados de dissertações de enfermeiros sobre o tema 'Segurança do paciente' estão sendo utilizados pela SES para melhorar a realidade nos hospitais. Estes são considerados avanços para as ações de segurança nos hospitais do estado por serem desenvolvidos nessa realidade.

[...] ela tinha a dissertação e ofereceu para a secretaria, e nós tentamos implementar isso, colocar no prontuário eletrônico [...] e foi um avanço, porque a pesquisa dela foi maravilhosa, ela entrevistou os trabalhadores e perguntou por que não notificavam e o que seria necessário para começar a notificar, para fazer a notificação [de eventos adversos] [...]. (ES1)

Ainda, os enfermeiros foram apontados como responsáveis pelo aperfeiçoamento do sistema de prontuário eletrônico utilizado nas instituições do estado, visto que costumam solicitar a incorporação de instrumentos que desenvolvem para auxiliar na implantação das ações e protocolos de segurança do paciente.

A segunda subcategoria **Buscando fortalecer a liderança do enfermeiro na gestão da EPS** destaca os principais aspectos a serem trabalhados no sentido de desenvolver no enfermeiro a liderança profissional essencial para gestão da EPS, segurança e qualidade nas instituições hospitalares.

A importância da liderança do enfermeiro é destacada, visto que este possui um papel fundamental na condução de equipe de enfermagem. O comprometimento com o desenvolvimento e com o aperfeiçoamento profissional exige dos enfermeiros e gestores incentivos e insistência no alcance dos resultados esperados. Dessa forma, a provocação da equipe para reflexão, reuniões para discussão e supervisão do processo de trabalho são ações que exigem do enfermeiro liderança, bem como que este trabalhe abertamente e tenha disposição para resolução de conflitos, considerando que a inserção da equipe técnica nas discussões tem apresentado resultados positivos em termos de adesão aos processos de mudança.

Eu vejo que as pessoas não querem mais fazer reunião para não haver discussão e conflito, e é um desafio fazer com que os enfermeiros entendam que nós temos que ter reuniões periódicas com a equipe [...] pode ser quinze minutos de diálogo, de debate, alguns fazem e outros não, não sei se por insegurança, ou medo de resolver conflitos [...]. (ER8)

Segundo os participantes, a liderança do enfermeiro é reforçada pelo conhecimento em relação ao seu processo de trabalho, às legislações profissionais e ministeriais vigentes, às normas e rotinas da própria instituição, às normativas sobre o funcionamento dos serviços de apoio, entre outras.

Contudo, observou-se que o enfermeiro, talvez por não ser suficientemente preparado na academia para ser líder, por vezes tem dificuldade de assumir esse papel na equipe. Ainda por vivenciar o distanciamento entre as dimensões gerencial e assistencial na

instituição, não percebe a gestão como sua atribuição ou apresenta dificuldade de incorporá-la ao seu processo de trabalho por falta de experiência ou compreensão.

[...] eu vejo hoje a maioria dos enfermeiros, principalmente os recém-saídos da academia, eles estão muito voltados para a parte técnica, eles não conseguem se empoderar [...] os enfermeiros mais antigos eles tem já essa postura, então eles conseguem casar tudo [...] eu penso que a experiência é que conduz a isso, você vai se fortalecendo, vai passando por enfrentamentos e vai aprendendo como transpor isso. [...] então acho que só o tempo dá subsídios para que o enfermeiro consiga realmente assumir o papel dele de líder da equipe [...]. (ET8)

Assim, além de estimular, o enfermeiro também precisar ser constantemente provocado à participação e carece do apoio da direção em todas as suas ações e tomada de decisão. Nesse sentido, uma gestão mais participativa foi citada como estímulo importante para a motivação e fortalecimento da liderança no enfermeiro.

O componente **Consequência** é representado pela categoria **Necessitando de uma mudança de paradigma**, o qual apresenta duas subcategorias que foram ilustradas com relatos dos participantes do estudo. A primeira subcategoria **Desenvolvendo a cultura de EPS, de segurança e da qualidade** apresenta a necessidade de construção de uma nova cultura institucional diante da atual configuração no cenário hospitalar, a qual impede que as ações de EPS, segurança e qualidade se efetivem.

A necessidade da responsabilização, do planejamento e das ações multiprofissionais de EPS foi destacada para construção da cultura de EPS nas instituições hospitalares. Apesar de os enfermeiros procurarem atualizar-se de forma a subsidiar sua prática profissional, quando se trata da responsabilidade pelo aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, a maioria não percebe como sua atribuição. Com isso, acabam direcionando ao hospital, mais especificamente ao NEP, a responsabilidade pelo desenvolvimento profissional. Este, por sua vez, direciona ao enfermeiro a responsabilidade pelo desenvolvimento das práticas educativas da unidade assistencial em que atua. Diante desse contexto, verifica-se que o primeiro ponto a ser trabalhado nas instituições hospitalares é o conflito a respeito da responsabilização em relação à EPS.

[...] isso é uma mudança de cultura que precisa ser feita, de mentalidade. Observo que as lideranças [enfermeiros] acham que quem tem que treinar é o NEP, tem um enfermeiro no administrativo para treinar mil e quinhentas pessoas, das mais variadas áreas, em todas as especialidades possíveis que esse hospital tem [...] então as pessoas se eximem da responsabilidade de treinar. Também, enquanto servidor público, eu acho que a obrigação é de todos difundir o conhecimento que tem, na área que foi contratado para atuar. Então a gente está tentando trabalhar a ideia que todos são possíveis

ministrantes, e o treinamento pode acontecer no dia a dia em serviço, não precisa ser fechado dentro de uma sala, pode ser uma coisa ativa, uma observação em um procedimento, com orientação, com uma supervisão efetiva [...] (ER1)

Embora a perspectiva da EPS seja multiprofissional e interdisciplinar, o desenvolvimento profissional da equipe de enfermagem ainda é considerado à parte pelo NEP nas instituições sob a justificativa de ser o maior quantitativo de profissionais. No entanto, a adesão desses profissionais é incipiente e foi relacionada à ausência de planos de EPS efetivos, que priorizem o planejamento de ações educativas em detrimento de trabalhar apenas com problemas, o chamado ‘apagar incêndio’, conforme ilustrado pelo trecho a seguir: “[...] você tem muita questão burocrática, precisa ser reformulado o fluxo, precisar parar e reorganizar todo o setor [NEP], mas como a gente vive o dia todo só apagando incêndio, tu tem a dificuldade de parar e planejar, isso é o mais difícil [...]” (ER6).

Os participantes relataram que as ações de EPS precisam estar embasadas em uma análise de demanda da prática e favorecer a troca de saberes entre os profissionais de forma horizontal. Para tanto, a gestão da EPS necessita do envolvimento de todas as instâncias da instituição (direção, serviços de apoio, equipe multiprofissional e equipe técnica), a fim de discutir as necessidades institucionais em conjunto.

[...] então a gente começou a fazer um trabalho conjunto, no sentido de primeiro as pessoas entenderem que precisa ter esse treinamento prévio para atuar. Não posso começar a atuar com o paciente sem ter um treinamento, isso é um risco para segurança do paciente, e assim em todos os processos, inclusive o administrativo. Na prática, falta pessoal e contrata-se com urgência, precisa fechar escala, entra e começa a trabalhar, essa é a prática. Então a gente precisa começar a construir a questão da cultura, de treinar antes [...]. (ER1)

Os desafios na adesão dos profissionais aos protocolos básicos de segurança do paciente e à notificação de eventos adversos, assim como à gestão de risco ainda incipiente, foram considerados indicativos de ausência de cultura de segurança nas instituições hospitalares pelos participantes deste estudo. Isso se deve pelo motivo de, embora no processo de estruturação do NSP os protocolos de segurança do paciente terem sido organizados dentro do plano de segurança do paciente, alguns protocolos ainda enfrentem dificuldade para implantação. Assim também ocorre com a notificação de evento adverso, que apresenta baixa adesão mesmo diante da disposição de instrumentos que garantem o anonimato do profissional que notifica, devido à forte cultura punitiva nos serviços de saúde.

Os profissionais tendem a desenvolver seu processo de trabalho sem muito planejamento, porém, percebem a necessidade de planejar e diminuir o risco ao paciente. Contudo, constatou-se iniciativas como a aplicação do plano de contingenciamento e o protocolo de Londres, os quais buscam trabalhar as causas dos erros a partir da gestão de risco.

[...] eu estou trabalhando com o protocolo de Londres, que foi uma demanda da Vigilância Sanitária do estado, e nós fomos capacitados para trabalhar com isso e eu estou começando a fazer o protocolo com as equipes onde o evento aconteceu. Então a ideia é que a equipe pense na estratégia para diminuir a ocorrência desses eventos no setor. (ET1)

A necessidade de padronização, de análise de indicadores, de implementação de ações preventivas e corretivas, assim como poucas ações com foco no paciente, foram considerados indicativos de ausência de cultura de qualidade nas instituições hospitalares.

Os participantes defendem que a padronização das práticas de saúde, por meio de protocolos, POPs ou *checklist*, constitui um importante caminho para gestão da qualidade e segurança nas instituições hospitalares. Nesse sentido, os serviços de apoio, destacando o NQ e o NSP, buscam resgatar a padronização, atualizando, construindo e tentando colocar em prática os POPs institucionais. Destaca-se que este processo precisa ser participativo para possível aplicação na prática.

[...] é no mínimo o que precisa ter [protocolo] e depois como ele vai ser adequado em cada unidade. Por isso que tem que trabalhar com as pessoas que estão na ponta, porque se não a gente faria aqui entre quatro paredes. O que tem acontecido é que a gente chega nas unidades e o POP está pronto, mas está na gaveta, você pergunta para um profissional se ele conhece o POP, se ele foi chamado para discutir alguns, a maioria diz que não. (ES1)

Nesse sentido, embora alguns relatos revelem que nem sempre o paciente é colocado no centro do cuidado e que prevalecem interesses pessoais, permitindo que conflitos de interesse desviem o foco do paciente, algumas ações de melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente foram observadas a partir do PROADI-SUS, como a visita estendida, que propõe uma mudança de paradigma ao permitir que o familiar e o paciente participem da tomada de decisão em relação ao plano terapêutico. E as linhas de cuidado, que foram implantadas com o objetivo de garantir um fluxo de atendimento de início, meio e fim ao paciente, de forma multiprofissional, e prevendo a articulação com a RAS, apesar de ser descrita pelos participantes mais como uma ferramenta de gestão, por descentralizar o poder decisório.

A segunda subcategoria **Emergindo a essencialidade da interação interdisciplinar para mudança de cultura nas instituições** mostra a necessidade da ruptura da cultura de fragmentação presente nas instituições hospitalares e da construção de uma nova cultura por meio da interação interdisciplinar.

Segundo relatos dos participantes, a fragmentação dos processos de trabalho tem origem na formação do profissional de saúde, considerando a inexistência de interação das disciplinas durante a formação. Assim, ao entrarem no mercado de trabalho, os profissionais encontram dificuldade de integrar as ações de cuidado. Ainda, o desenvolvimento dos profissionais em lógicas diferenciadas reforça a fragmentação disciplinar, sendo necessário pensar ‘fora da caixa’ das disciplinas e avança para a interdisciplinaridade.

Eu acho que a diferença já vem da academia. Quando tu está lá fazendo fisioterapia, medicina, enfermagem elas [disciplinas] já não se integram. Então acho que já começa lá, já vem com essa cultura da academia de que o enfermeiro é isso, medicina é isso, fisioterapia é isso, aí é difícil dentro da instituição tu querer fazer um atendimento multiprofissional [...]. (ER2)

Os participantes comentam que as instituições possuem ‘dois mundos’: o da medicina e o das demais profissões, ou seja, as instituições estão divididas entre os médicos e os não médicos. Essa supervalorização de uma profissão em detrimento das outras no ambiente hospitalar é responsável por conflitos interpessoais e desmotivação profissional. A presença de ‘silos’ é percebida nas relações de poder estabelecidas entre os profissionais, as quais dificultam o processo de interação. Nesse cenário, o profissional médico foi considerado o profissional com mais resistência à adesão aos projetos extrainstitucionais, assim como ao processo de construção e implantação dos protocolos de segurança do paciente.

[...] são silos, são núcleos que poucos se misturam, muito pouco. Quando há alguma interação, é uma iniciativa individual, do profissional, do enfermeiro, do médico, do fisioterapeuta. Algumas áreas até interagem mais do que enfermagem e medicina, realmente são silos muito forte, e é uma dificuldade de quebrar isso [...]. (ER1)

Em instituições onde não há residência multiprofissional implantada, o centro de estudos foi descrito como um local que reforça a fragmentação estrutural e relacional, já que é uma estrutura de certa forma privada dentro de um espaço público, e que ressalta e privilegia apenas uma categoria profissional.

[...] e quem que usa essa biblioteca e essa estrutura da organização? Somente uma classe. [...] técnico de enfermagem nenhum! Fisioterapeuta raramente, enfermeiros alguns, pouquíssimos. Então hoje virou uma ilha dentro do hospital, nós temos locais que acabam fragmentando os

profissionais, isolando os profissionais e nós poderíamos ter ambientes que tornassem esse entrosamento maior entre as equipes e trouxessem mais discussão, aproximasse os profissionais e não distanciasse espaços coletivos do ponto de vista multiprofissional. (ER6)

No entanto, apesar dos enfrentamentos, algumas iniciativas foram citadas como potencializadoras da interação interdisciplinar, reforçando esse movimento nas instituições. Entre elas, o projeto terapêutico singular, o qual busca discutir de forma interdisciplinar os casos de alguns pacientes; a necessidade da construção e utilização de POPs multiprofissionais, considerando que a maior parte dos POPs nas instituições hospitalares foram construídos por enfermeiros e direcionados para a atuação dessa disciplina; e a implantação de instrumentos de melhoria da comunicação multiprofissional como, o SBAR, o *Kanban* e os *Rounds*.

[...] dentro desse projeto são várias ferramentas da qualidade que o mesmo se propõe a implementar. O *Kanban* e o SBAR são ferramentas de comunicação, de passagem de plantão, de comunicação entre profissionais. A ideia é ajudar um pouquinho nessa multidisciplinaridade, vamos dizer assim. De melhorar a comunicação entre profissionais, e passagem de plantão, acho que são iniciativas muito bacanas que o pessoal está se esforçando para implantar. (ER1)

Ainda, os participantes ressaltam a importância de o NEP ser um espaço de interação multiprofissional e interdisciplinar. E nesse sentido, citam a constituição de uma comissão multiprofissional de EPS, integrando uma estrutura maior, a qual é responsável por gerenciar toda a parte de ensino e pesquisa, sendo essa estrutura pré-requisito para a implantação da residência multiprofissional.

4.DISCUSSÃO

Os resultados apresentaram a complexidade das interações profissionais para a gestão da tríade EPS, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos destacando as questões inerentes a este setor. Dentre elas, a troca frequente de gestor nas instituições hospitalares públicas por questões político-partidárias apresentou-se como um desafio para implantação de processos de segurança e qualidade nesse cenário. Isso se deve ao fato de que além do tempo necessário para a aproximação e entendimento do contexto pelo gestor, a maioria deles não possui formação e experiência gerencial.

A instabilidade e a alta rotatividade de gestores na esfera pública geram descontinuidade, recomeços constantes e desmotivação dos profissionais (REIS *et al*, 2017;

LORENZETTI *et al*, 2014). A escassez de profissionais preparados para atuar na gestão do SUS foi relacionada em estudo com o *déficit* na formação gerencial do profissional de saúde e ineficiente educação permanente na área, considerando ser frequente médicos assumirem a direção de hospitais. Ainda, a dificuldade do gestor em buscar modelos de gestão que fogem do tradicional vigente, caracterizado por ações centralizadoras, hierarquizadas e burocratizadas, representa a capacidade gerencial incompatível deste com as necessidades e complexidades do setor saúde (LORENZETTI *et al*, 2014).

Desta forma, torna-se pertinente que os atores nas instituições hospitalares reflitam criticamente sobre o papel que o gestor deve desempenhar, uma vez que suas atribuições envolvem o planejamento da estrutura organizacional, a elaboração/aprovação dos protocolos institucionais, a gestão de pessoas e materiais, assim como outras decisões que impactam diretamente no funcionamento da organização (FRANÇOLIN *et al*, 2015), as quais exigem que o gestor possua competência gerencial diante da complexidade das instituições hospitalares.

A estrutura das instituições hospitalares públicas nesse estudo aponta para a necessidade de investimentos em reformas e ampliações, visto que apresentam depreciação devido à alta demanda de atendimentos. Assim como, a falta de planejamento e gestão deficiente de recursos materiais e humanos acabam por impactar negativamente nas ações de EPS, segurança do paciente e qualidade. Essa configuração é considerada comum nos serviços de saúde no Brasil, os quais enfrentam dificuldades estruturais, referentes a espaço físico, disposição de tecnologias, dimensionamento e capacitação de recursos humanos (MASSARO; MASSARO, 2017). Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de planejamento e melhor gestão dos recursos no setor saúde.

Cabe ressaltar que, por vezes, existe um desinteresse do SUS em aplicar recursos na atenção de média e alta complexidade devido ao seu alto custo e aos interesses do setor privado nessa fatia do mercado, tendo em vista o sistema econômico atual e seu impacto sobre o setor saúde (KOERICH *et al*, 2016c).

Na instituição hospitalar, o gestor, apesar de não possuir autonomia financeira, possui autonomia para gerenciar os recursos de forma a tornar os processos mais eficientes e reduzir custos. Nesse sentido, a gestão de materiais tem impacto direto sobre ações seguras, visto que a falta de materiais, ou a sua má qualidade, obriga os profissionais a improvisar e adaptar as práticas assistenciais. Por outro lado, o excesso de materiais, normalmente

materiais pouco utilizados, pode favorecer o desperdício e prejudicar a disponibilidade de materiais essenciais ou novos produtos (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

A falta de profissionais é apontada em vários estudos como implicador direto na segurança e qualidade da assistência, assim como fator que interfere diretamente na realização de ações de EPS (COSTA *et al*, 2018; OKUYAMA; GLAVÃO; SILVA, 2018; CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; LAVICH *et al*, 2017; SADE; PERES, 2015; SILVA *et al*, 2015; GOMES *et al*, 2014; FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014). Ainda nesse contexto, a falta de profissionais por vezes foi relacionada ao elevado índice de absenteísmo e dimensionamento inadequado de profissionais.

Estudos apontam o absenteísmo, especialmente da equipe de enfermagem no cenário hospitalar, como um fator que impacta negativamente a motivação dos profissionais e as relações interpessoais, visto que o número reduzido de profissional interfere no dimensionamento adequado de profissionais no cuidado ao paciente, o que causa sobrecarga de trabalho e, com isso, culpabilização de outros membros da equipe (REIS *et al*, 2018; DAMASCENO *et al*, 2016). Cabe ressaltar que a relação existente entre o quantitativo de profissionais de enfermagem e a segurança do paciente enfatiza a importância do correto dimensionamento desses profissionais (COSTA *et al*, 2018; ANDRADE *et al*, 2018).

Nas instituições hospitalares participantes deste estudo, o PNSP incentivou a estruturação dos serviços de apoio e, por ser uma exigência ministerial, pode ser considerado um marco legal que impulsionou os processos de melhoria nas instituições, entretanto essa mobilização aconteceu sem muito planejamento, o que impactou negativamente na implantação das ações de segurança. Estudos corroboram esses resultados ao afirmar que, apesar do PNSP e a RDC n.º 36 terem sido publicadas em 2013, a implantação do NSP em hospitais públicos e privados ainda se encontra em processo de estruturação (CAVALCANTE *et al*, 2019; ANDRADE *et al*, 2018).

Assim, destaca-se que o cumprimento da legislação por si só não garante a implantação de práticas de segurança do paciente (CAVALCANTE *et al*, 2019; ANDRADE *et al*, 2018) considerando outros fatores interventores, como cultura institucional, falta de materiais e profissionais (CAVALCANTE *et al*, 2019; SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016), necessidade de envolvimento de todos os atores (profissionais, gestores e pacientes), de ações de EPS efetivas e, em especial, do apoio do gestor (CAVALCANTE *et al*, 2019; REIS *et al*, 2018).

Com o objetivo de impulsionar a implantação das ações de segurança do paciente, o NQ aparece como iniciativa recente nos hospitais neste estudo diante da dificuldade na implantação dos protocolos de segurança do paciente. Os programas de qualidade podem auxiliar as instituições hospitalares a conhecer melhor seus serviços, identificar suas fragilidades e implantar ações direcionadas, além de propor melhor utilização dos recursos disponíveis evitando desperdícios (FRANÇOLIN *et al*, 2015). Esses programas normalmente são vinculados a processos de acreditação hospitalar ou certificação.

Este estudo apresentou a iniciativa do processo de implantação da ISO 9001 pelo NQ, o qual foi coordenado por um profissional com experiência na implantação da metodologia e suscitou apostas positivas em relação à implantação de processos de melhoria. Hospitais acreditados ou que possuem certificação ISO 9001 apresentam melhor desempenho gerencial, gestão de riscos e satisfação de pacientes quando comparados a hospitais sem nenhuma certificação (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

Para integrar as ações de segurança e qualidade, por iniciativa do gestor ou dos próprios coordenadores dos serviços de apoio, em algumas instituições esses serviços passaram a ocupar o mesmo espaço físico. Entretanto, considerando a hierarquia institucional e as relações de poder presentes nesse cenário, a articulação entre os diferentes serviços na estrutura organizacional está condicionada ao reconhecimento da insuficiência dos serviços isolados em prestar um cuidado integral ao paciente, assim como ao entendimento que o trabalho exige mais do que compartilhar o mesmo espaço físico, sendo necessário trabalhar de forma integrada (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015).

No entanto, o NEP apresenta-se como um serviço pouco valorizado pelos gestores e profissionais assistenciais e não está inserido na mesma estrutura compartilhada por outros serviços de apoio. Contudo, evidencia-se que grande parte da legislação referente à atuação dos serviços de apoio nas instituições hospitalares institui a obrigatoriedade de práticas educativas permanentes, o que sinaliza aos profissionais e gestores a necessidade de um trabalho integrado com o NEP. Esse enquanto espaço de discussão no ambiente hospitalar pode fortalecer as relações interpessoais e a motivação no enfrentamento dos impasses no processo de implementação da EPS (LAVICH *et al*, 2017), assim como de ações de segurança do paciente e qualidade.

Dessa forma, ao gerenciar as práticas de EPS nos hospitais, a utilização de um plano de EPS, assim como de indicadores e/ou instrumentos de avaliação da efetividade do impacto

dessas ações na prática profissional são primordiais para tornar visível sua importância estratégica na instituição (SADE, PERES, 2015). Ressalta-se ainda, nesse sentido, a importância de profissionais exclusivos na coordenação dos serviços de apoio, visto que a acumulação de atividades gerenciais em um mesmo profissional interfere no planejamento e no sucesso das ações a nível institucional (KOERICH, ERDMANN, 2016a; SADE, PERES, 2015).

Objetivando a implementação de ações de segurança e qualidade nas instituições, os coordenadores dos serviços de apoio buscaram aproximar e sensibilizar dos profissionais assistenciais por meio de ações *in loco*, abordagem em pequenos grupos e rodas de conversa, o que gerou resultados positivos. Cabe ressaltar que ações educativas, quando realizadas dentro de um plano ou projeto institucional, a exemplo do plano de segurança do paciente e projeto de certificação, podem configurar-se como práticas de EPS, por possuírem caráter de continuidade, passarem por processo avaliativo e atenderem a objetivos organizacionais (KOERICH, ERDMANN, 2016a). Nesse sentido, foi observado que em alguns momentos a atuação dos coordenadores dos serviços de apoio encontra-se embasada em ações caracterizadas como EPS.

No entanto, diante do exposto, por vezes, observou-se a necessidade de um enfoque mais participativo e menos instrutivo nas abordagens dos profissionais assistências pelos coordenadores dos serviços de apoio. Abordagens instrutivas podem estar relacionadas à cultura hierárquica institucional, visto que os profissionais tendem a reproduzir posturas e ações. Já abordagens participativas dependem de uma configuração gerencial que favoreça a mudança de realidade a partir da descentralização do processo decisório e aproximação de toda a equipe das ações gerenciais (LAVICH *et al*, 2017). A interação dos coordenadores dos serviços de apoio entre si, com os profissionais assistenciais e com gestores favorece a ampliação do conhecimento sobre o todo organizacional e assim possibilita sua compreensão.

Esse contexto requer o incentivo à comunicação efetiva, *feedback* aos profissionais, apoio gerencial, trabalho em equipe, autonomia e iniciativas profissionais, sendo essas ações potenciais para reduzir a resistência à mudança por parte dos profissionais, além de contribuir para a inovação nos serviços de saúde (BERBEROGLU, 2018).

O NSP foi citado neste estudo como espaço potencial para interação entre coordenadores de serviços de apoio, gestores e equipe multiprofissional, carecendo para tanto de representantes de todas as disciplinas. Espaços de interação no ambiente laboral favorecem a resolução de problemas, o enfrentamento das dificuldades e a construção de conhecimento,

contribuindo para a motivação profissional por ser um espaço em que se expressa e se ouve, um espaço de participação, comprometimento e responsabilização (FERREIRA *et al* , 2017; SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015).

O distanciamento entre a estrutura assistencial e a gerencial nos hospitais foi considerada uma questão cultural, dada a disposição da estrutura organizacional e seus departamentos/serviços, que tendem a trabalhar isoladamente refletindo na interação profissional e produzindo resistências que dificultam a implantação de ações de EPS, segurança e qualidade. Estudos reforçam que a cultura organizacional presente nas instituições hospitalares públicas no Brasil favorece a segmentação do processo de trabalho e dificulta a articulação entre as dimensões assistencial e gerencial. Essa situação tem causado inquietações nos profissionais enfermeiros, visto que influencia diretamente seu processo de trabalho (TREVISO *et al*, 2017; DAMASCENO *et al*, 2016; ROCHA *et al*, 2014). Cabe, destacar aqui a gestão do cuidado de enfermagem como recurso de articulação das dimensões gerencial e assistencial no processo de trabalho do enfermeiro (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Ainda, considerando o status dos serviços de apoio (estrutura gerencial) dentro da estrutura hierárquica institucional e o fato de, historicamente, a indicação de seus coordenadores não ser pautada em competências profissionais, percebeu-se a insatisfação e desmotivação dos profissionais assistenciais (estrutura assistencial), uma vez que suas necessidades e competências parecem não ser valorizadas. Essa questão acaba por interferir no seu desenvolvimento profissional e, conseqüentemente, na adesão aos processos de melhoria institucionais (TREVISO *et al*, 2017; DAMASCENO *et al*, 2016; ROCHA *et al*, 2014).

Nesse viés, a instituição hospitalar (todo) caracteriza-se como um ambiente complexo por suas partes serem elementos diferentes (estrutura assistencial – composta pelas unidades assistenciais – e estrutura gerencial – composta pelos serviços de apoio e direção), porém inseparáveis, que a constituem em um todo organizado. Ao mesmo tempo, as partes estabelecem uma relação de interdependência entre si, em interação e retroação capaz de relacioná-las ao todo, o todo com as partes e as partes entre si (MORIN, 2010).

Destaca-se a importância da atuação dos coordenadores dos serviços de apoio para buscar a integração entre essas dimensões por meio da interação interpessoal. Para tanto, faz-se necessário o desenvolvimento de competências relacionais essenciais à prática interdisciplinar e à gestão participativa, por proporcionarem o reconhecimento e aceitação da

diversidade e da individualidade (REEVES, 2015; SALUM; PRADO, 2014), bem como a inclusão dos profissionais assistenciais nos processos gerenciais.

Reforça-se, portanto, a prática da sensibilização pelos coordenadores dos serviços de apoio para a adesão dos profissionais às ações educativas, visto que a obrigatoriedade dessa participação reflete a não consideração das necessidades reais dos profissionais nem tanto as possibilidades de intervenção educativa. A participação precisa ser motivada por meio da aprendizagem significativa de forma a permitir que os profissionais assumam uma postura crítica reflexiva a partir da problematização do processo de trabalho e, com isso, a realidade possa ser transformada (MELLO *et al*, 2018).

A ideia de aprendizagem significativa vai ao encontro do que Morin chama de conhecimento pertinente, ou seja, um conhecimento que seja capaz de se situar em um contexto e, dessa forma, fazer sentido. Os problemas atuais não podem ser tratados isoladamente, visto que são transversais, multidimensionais e universais e, para tanto, torna-se necessário organizar o conhecimento. A questão não é apenas possuir conhecimento, mas ter a habilidade de organizá-lo para que seja possível religar as partes ao todo e o todo às partes (MORIN, 2007), considerando para tanto, os saberes pré-existentes para (re)formulação de novos conhecimentos diante da inexistência de verdades absolutas (MORIN, 2010).

Assim, a estrutura relacional precisa ser uma preocupação dos gestores, visto que o processo gerencial depende de relações interpessoais positivas para obter satisfação profissional e consequentemente alcance dos objetivos institucionais (RIGOBELLO *et al*, 2012). Para tanto, as instituições devem dispor de espaços colegiados, a exemplo dos núcleos e comissões, que possam ser compartilhados diariamente pelos profissionais no sentido de favorecer a interação e o trabalho em equipe (FERREIRA *et al*, 2017; LAVICH *et al*, 2017; SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015). Nesse contexto, cabe considerar a complexidade do ser humano que vivencia e constrói esse cenário como ser biológico, social e psíquico, com características antagônicas e conflitantes (MORIN, 2011a).

Para Morin (2012), o ser humano é um ser complexo e plural, cognoscente, sócio-político-cultural, com aptidões para produzir, construir, aprender, conhecer, evoluir em busca do exercício da sua cidadania e conquista de sua autonomia. O *homo complexus*, segundo o autor, apresenta, em sua condição humana, várias facetas contraditórias, pois ele é ao mesmo tempo biológico, psíquico e social, afetivo e racional, sábio e louco, prosaico e poético. Sendo assim, carece de um olhar individualizado e multidimensional.

O trabalho em equipe, por sua vez, deve despertar nos profissionais não o espírito individual/corporativista, mas o espírito de equipe necessário ao bem coletivo/institucional, que é constituído pelas relações, interações e cooperações estabelecidas entre os profissionais e que carece de respeito, harmonia, entrosamento e consideração às diversas opiniões (TOSO *et al*, 2016). Além disso, a comunicação é um ponto essencial a ser trabalhado no cenário hospitalar por favorecer a interação profissional e melhorar a segurança do paciente e qualidade (CAVALCANTE *et al*, 2019; COSTA *et al*, 2018; REIS *et al*, 2018; NAJJAR *et al*, 2018; OKUYAMA; GALVÃO; SILVA, 2018).

O apoio do gestor foi considerado neste estudo a base para a efetivação dos processos de melhoria institucionais, visto que, mesmo não sendo o único responsável pelo sucesso institucional, cabe a ele a responsabilidade de fortalecer a interação da equipe multiprofissional, supervisionar e cobrar dos profissionais o alcance dos objetivos institucionais.

Vários estudos reforçam o apoio do gestor como primordial nas instituições hospitalares, seja para o desenvolvimento de competências profissionais (TOLES, COLÓN-EMERIC, NAYLOR *et al*, 2016; SADE; PERES, 2015), da cultura de segurança e do desempenho institucional (CAVALCANTE *et al*, 2019; ALZHRANI; JONES; ABDEL-LATIF, 2018; ANDRADE *et al*, 2018; BERBEROGLU, 2018; CARVALHO *et al*, 2017; FRANÇOLIN *et al*, 2015) seja para a efetivação da EPS (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; SIGNOR *et al*, 2015; SADE; PERES, 2015; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).

Assim, para que as ações de EPS, segurança e qualidade sejam implantadas com sucesso nas instituições, elas precisam ser prioridade para os gestores, assim como dependem de uma gestão participativa, com estruturas mais horizontais e que atendam as necessidades dos pacientes e dos profissionais (COSTA *et al*, 2018). A pouca valorização dos serviços de apoio pelo gestor evidencia essa não priorização, que é caracterizada pela estrutura deficiente, pelos recursos humanos insuficientes e pelo distanciamento da direção.

Apesar de iniciativas de apoio à gestão da tríade por parte da SES às instituições hospitalares, percebeu-se a necessidade de uma maior aproximação física entre elas. Os participantes reforçaram a necessidade de supervisão e cobrança como um fator que motiva a participação e o comprometimento profissional. Nesse sentido, cabe pensar que exista a necessidade de uma 'supervisão participativa', que auxilie, empodere, permita a participação

ativa e crítica no sentido de desenvolver competências profissionais com potencialidade para a transformação da realidade (HOFFMANN; KOIFMAN, 2013).

Estímulos extrainstitucionais, como a residência multiprofissional e os projetos do PROADI-SUS, foram considerados potencializadores da gestão da tríade neste estudo por motivar a interação interdisciplinar.

A parceria entre MS e MEC, nesse contexto, constitui um aspecto importante no processo de reestruturação e fortalecimento da formação profissional, tanto na graduação quanto na pós-graduação (MACEDO, ALBUQUERQUE, MEDEIROS, 2014). A residência multiprofissional, no âmbito da pós-graduação, possui potencial para atuar na mudança de atitude dos profissionais na área de saúde, sensibilizando-os para uma atuação além dos paradigmas vigentes, sendo capaz de proporcionar a integração de diferentes disciplinas ao articular saberes específicos e compartilhar ações. Ainda, os residentes são considerados importantes atores na identificação de nós críticos e na criação de alternativas estratégicas e inovadoras na gestão do SUS (SILVA *et al*, 2016).

No decorrer dos projetos coordenados pelo PROADI-SUS, percebeu-se que a satisfação e motivação dos profissionais foram essenciais na sua implantação e no seu sucesso e estiveram estreitamente relacionadas com a participação dos profissionais nos processos de decisão.

Um estudo realizado no Hospital de Valladolid, na Espanha, buscou avaliar o grau de satisfação da equipe de enfermagem com a implementação de medidas para melhorar a qualidade do atendimento e mostrou que a satisfação da equipe favoreceu a segurança e a satisfação do paciente além da qualidade do atendimento (CIDÓN *et al*, 2012). Resultado similar foi encontrado em estudo realizado no Brasil, o qual apresentou relação entre satisfação profissional, condições de trabalho e relações de equipe (TOSO *et al*, 2016). O interesse e a motivação profissional são essenciais para a satisfação profissional e cooperação para implementação de ações de melhoria (REIS *et al*, 2017; CIDÓN *et al*, 2012).

O enfermeiro foi destacado como protagonista das ações de segurança e qualidade por suas iniciativas no cenário hospitalar, no entanto, carece fortalecer a competência da liderança diante da importância de seu papel no cenário hospitalar em especial quando relacionado à gestão da EPS.

Estudos apresentam que a equipe de enfermagem possui melhor compreensão, percepção e atitude em relação à segurança do paciente quando comparado a outros profissionais de saúde (CARVALHO *et al*, 2017; NABILOU; FEIZI; SEYEDIN, 2015). Cabe

salientar que o fato de os profissionais de enfermagem apresentarem melhor engajamento nas ações de segurança não os coloca como principais responsáveis pelo sucesso ou não dessas ações a nível institucional. A construção de uma cultura de segurança resulta em um trabalho conjunto que envolve a equipe multiprofissional e gestores.

As habilidades de gestão e liderança normalmente estão alicerçadas nos conhecimentos e na experiência profissional (SOTO-FUENTES *et al*, 2014). Um estudo que analisou as competências gerenciais adquiridas por enfermeiros em curso de especialização em gestão em enfermagem destacou a liderança como a competência gerencial mais citada, seguida de comunicação, aquisição de conhecimento e trabalho em equipe (OKAGAWA; BOHOMOL; CUNHA, 2013).

A prática da liderança está associada a resultados positivos no cenário da saúde, como satisfação e engajamento da equipe, qualidade do cuidado e construção da cultura organizacional (WEST *et al*, 2015). Esta foi percebida em estudo como uma competência gerencial do enfermeiro que requer fortalecimento juntamente com a EPS (SADE; PERES, 2015), convergindo com os resultados deste estudo.

No entanto, mesmo diante da necessidade de desenvolvimento da liderança, cabe destacar o potencial do enfermeiro como articulador da equipe multiprofissional e da interação interdisciplinar, já que esta é essencial para a mudança cultural nas instituições hospitalares. Esse potencial está relacionado à preocupação desses profissionais com a segurança e a qualidade da assistência prestada assim como com a gestão de estratégias que vão contra a fragmentação dos processos nesse cenário (COSTA; SCHLINDWEIN; LORENZINI, 2013).

Diante do exposto, evidenciou-se a necessidade de uma mudança de paradigma a partir da construção da cultura de EPS, da segurança do paciente e da qualidade subsidiada pela interdisciplinaridade.

Nas instituições hospitalares, a estrutura organizacional é diretamente influenciada pela cultura organizacional, a qual pode ser entendida como um processo que envolve uma combinação de fatores como costumes, hábitos, regras, comunicação formal e informal, entre outros (MARULANDA; LOPEZ; CRUZ, 2018). Essa cultura é composta pelos símbolos, linguagem, ideologia, crenças, rituais e mitos de uma organização, é capaz de transmitir um sentido de identidade para os seus membros (KLIMAS, 2016) constituindo-se em um núcleo de valores, suposições, interpretações e abordagens que a caracterizam (LEE; SHIUE; CHEN, 2016) e que influenciam todas as ações dentro da instituição.

Nesse sentido, a mudança cultural em uma instituição não se constitui na substituição radical de um modelo antigo por um novo, mas em um processo de construção que envolve tensões e conflitos, visto que no cenário hospitalar o modelo vigente de atenção à saúde, focado na doença e no trabalho fragmentado, convive com a percepção da necessidade do trabalho interdisciplinar, o qual questiona a fragmentação do cuidado prestado ao paciente (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015).

Para Morin, o ser humano desenvolve sua autonomia na dependência da cultura, ou seja, o ser humano é autônomo e ao mesmo tempo dependente da cultura na qual está inserido (MORIN, 2010). Assim, pode-se pensar que a autonomia dos profissionais de saúde influencia e depende da cultura institucional. A autonomia pode apresentar-se prejudicada, devido ao modelo gerencial imposto pelas instituições, assim como por conflitos interpessoais e problemas de relacionamentos com a equipe (TREVISO *et al*, 2017).

A construção da cultura da EPS foi relacionada com a responsabilização de todos os atores na instituição com as práticas de EPS, com a EPS interdisciplinar e com a construção e implementação de um plano de EPS. Esses fatores direcionam para a necessidade de fortalecimento do NEP nas instituições hospitalares, visto que esse serviço é essencial na implantação da cultura de educação nesse cenário.

Apesar de o enfermeiro, por vezes, ocupar o espaço de facilitador no processo de aprendizagem no trabalho ao abordar assuntos pontuais *in loco* e no horário de trabalho à equipe de enfermagem (KOERICH; ERDMANN, 2016a), este estudo apresentou conflitos referentes à responsabilização pela EPS, entre NEP e enfermeiros assistenciais. Nesse sentido, diante da importância do coordenador do NEP estimular a integração e o desenvolvimento profissional; da liderança do enfermeiro assistencial com a equipe de enfermagem; e do reconhecimento da EPS como espaço de aprendizagem no trabalho para a equipe multiprofissional (LAVICH *et al*, 2017; DAMASCENO *et al*, 2016), a necessidade de (co)responsabilização da EPS no cenário hospitalar é reforçada.

Assim, destaca-se a importância de o enfermeiro reconhecer a EPS para seu desenvolvimento, da equipe de enfermagem e da unidade sob sua responsabilidade, visto que o seu comprometimento com planos de EPS direcionam a criação, a disseminação e a utilização do conhecimento para alcançar os objetivos organizacionais (SADE; PERES, 2015). Cabe à instituição hospitalar investir em recursos visando instituir práticas educativas inovadoras a nível institucional (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; LAVICH *et al*, 2017; KOERICH, ERDMANN, 2016a; SIGNOR *et al*, 2015) considerando que estas tem se

apresentado incipientes, descontínuas e compartimentadas (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; SIGNOR *et al*, 2015; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014).

O NEP tende a trabalhar as práticas educativas em uma perspectiva unidisciplinar, normalmente voltadas para a enfermagem e não para a equipe multiprofissional (LAVICH *et al*, 2017), o que expõe a fragmentação do processo educativo no cenário hospitalar e pode ser reflexo da formação profissional (CAVALCANTE *et al*, 2019). Ressalta-se que a EPS possui abordagem interdisciplinar e isso implica que as práticas educativas ultrapassem as barreiras das disciplinas (BRASIL, 2009).

Evidenciou-se neste estudo que a construção da cultura de segurança do paciente depende da adesão aos protocolos de segurança e à notificação de eventos adversos pela equipe multiprofissional, assim como da implantação da gestão de riscos. A comunicação também foi considerada falha nas instituições, sendo abordada em um dos protocolos básicos de segurança do paciente.

Apesar de a estruturação do NSP ser considerada urgente para a implementação da cultura de segurança nas instituições hospitalares (REIS *et al*, 2018), estudos apontaram que, mesmo com o NSP estruturado, alguns protocolos apresentaram dificuldade na implantação, evidenciando os coordenadores ainda na fase de sensibilização dos profissionais assistenciais (CAVALCANTE *et al*, 2019; ANDRADE *et al*, 2018). Um estudo apontou que a dificuldade na implantação dos protocolos de segurança esteve relacionada com o dimensionamento inadequado de profissionais, a falha no apoio do gestor, resistências internas e a necessidade de articulação com práticas de EPS (REIS *et al*, 2019), convergindo com os resultados deste estudo.

A cultura punitiva fortemente presente nas instituições hospitalares é evidenciada pelo baixo número de notificações de eventos adversos, o que é um desafio para a construção da cultura de segurança no ambiente hospitalar (COSTA *et al*, 2018; OKUYAMA; GALVÃO; SILVA, 2018). Ainda, o modelo de atenção vigente focado na doença dificulta a implantação de ações direcionadas à prevenção (SERRA *et al*, 2016), a exemplo da gestão de risco (NAJJAR *et al*, 2018; COSTA *et al*, 2018; REIS *et al*, 2018) e do planejamento, normalmente relacionado ao quantitativo de profissionais insuficiente para a demanda de trabalho (COSTA *et al*, 2018; ANDRADE *et al*, 2018).

A construção da cultura da qualidade foi relacionada neste estudo à padronização dos processos, à utilização de indicadores de avaliação dos processos e à centralidade do paciente no processo de cuidado.

A complexidade da atenção à saúde dispensada nas instituições hospitalares demanda a construção e a utilização de instrumentos de gestão que busquem organizar e padronizar os processos de trabalho (ARAÚJO; BARROS; WANKE, 2014). Nesse sentido, a padronização dos processos assistenciais pode ser caracterizada como ação gerencial necessária à provisão de um cuidado de qualidade no âmbito hospitalar (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Esses protocolos podem servir de base para o planejamento, a avaliação e o acompanhamento dos padrões e dos indicadores de qualidade da instituição (SANTOS; FRANÇA, 2016), porém precisam ser construídos coletivamente, em especial com participação dos profissionais responsáveis por sua aplicação na prática assistencial. Esse processo participativo exige a disponibilidade de tempo dos profissionais, o que acaba sendo uma barreira para sua efetivação diante da sobrecarga de trabalho (KRAUZER *et al*, 2018).

A gestão da qualidade interfere diretamente nas ações assistenciais por possuir foco nas necessidades do paciente (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016). Nesse sentido, vários autores afirmam que colocar o paciente no centro dos processos de cuidado reflete consequentemente em uma assistência mais segura e qualificada (CAVALCANTE *et al*, 2019; CARVALHO *et al*, 2017; OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; ONA, 2014).

Dessa forma, o cuidado centrado no paciente tem sido um discurso comum entre os gerentes de hospitais públicos e privados, nacional e internacionalmente, sendo considerado um dos pilares das iniciativas de melhoria da qualidade e da segurança nos serviços de saúde, embora dificuldades tenham sido vivenciadas para a sua implementação devido a fatores históricos e culturais (BRITO *et al*, 2017).

Essa centralização do paciente nas ações de cuidado exige a articulação de diferentes saberes, práticas e responsabilidades, assim como precisa considerar a diferença de poder decorrente dessa condição (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015). Embora o significado das interações profissionais neste estudo tenha sido relacionado à busca por um cuidado seguro e qualificado ao paciente, iniciativas de integração deste no processo de cuidado apresentaram resistência de profissionais.

Os resultados mostraram ainda que essa centralidade exige uma preocupação com o cuidado ao paciente na RAS, ou seja, com a continuidade do cuidado, por faltarem mecanismos de articulação e apoio a outros pontos da rede para proporcionar a transição do

cuidado de forma efetiva, considerando o processo de referência e contrarreferência incipiente (SILVA, SENA, CASTRO, 2017; FIGUEIREDO, 2016).

Nesse contexto, a interação interdisciplinar configura-se como um dos principais desafios para a atenção à saúde. Os profissionais precisam aprender a trabalhar de forma integrada, romper as barreiras disciplinares e repensar formas de interação para que a atenção em saúde seja integrativa (GOMES *et al*, 2014), visto que a fragmentação do processo de trabalho dificulta o trabalho em equipe interdisciplinar (ROCHA *et al*, 2014) e interfere na construção de uma nova cultura (OKUYAMA; GALVÃO; SILVA, 2018).

Para Morin, uma disciplina é caracterizada pela organização do conhecimento científico que constitui a divisão e a especialização do trabalho de acordo com a ciência vigente. Isso faz com que seja estabelecida certa autonomia de acordo com as fronteiras demarcadas, em que cada disciplina constitui suas linguagens, técnica e teorias próprias (MORIN, 2007). Ao se retirar do âmbito estreito da disciplina, o ser humano torna-se capaz de compreender o contexto e adquire o poder de encontrar a conexão com a existência (MORIN, 2011a), ou seja, de encontrar sentido.

A interação interdisciplinar significa uma relação de interdependência e colaboração entre diferentes disciplinas em torno de um objetivo comum (COSTA, PEDUZZI, FREIRE FILHO *et al*, 2018) e, portanto, necessária para um movimento de resistência à lógica biomédica (RIBEIRO, FERLA, 2016). Entretanto, o contexto das instituições hospitalares é marcado pela presença de ‘silos’ e por disputas de poder que acabam refletindo em conflitos interpessoais e dificuldade de interação.

As disputas de poder dificultam a implantação de espaços colegiados, visto que interesses de determinadas categorias profissionais têm forte influência na gestão dos hospitais, resultando em resistências para manutenção do poder e, conseqüentemente, impedindo processos de mudança (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015). Nesse sentido, autores defendem que a interdisciplinaridade seja introduzida no processo de formação de cada profissional de saúde (COSTA, PEDUZZI, FREIRE FILHO *et al*, 2018; WELLER; BOYD; CUMIN, 2014) de forma a evitar os silos profissionais, os quais constroem identidades profissionais rígidas e que configuram um importante desafio para a interação profissional (WELLER; BOYD; CUMIN, 2014).

Assim, para favorecer a interação interdisciplinar, os participantes citaram a necessidade de integração dos protocolos assistenciais para que possam servir toda a equipe multiprofissional. Os protocolos unificados facilitam o processo de informação e

comunicação entre os profissionais, além de favorecer a segurança do paciente e respaldar ações de EPS para implementar uma assistência de qualidade (CIDÓN *et al*, 2012).

Além dos protocolos, outros instrumentos destacaram-se por aumentar a eficiência dos processos e favorecer a comunicação e interação profissional, sendo esses achados confirmados em outros estudos, a exemplo, o *Kanban* (MASSARO; MASSARO, 2017) e o SBAR (RAYMOND; HARRISON, 2014). Cabe ressaltar que a implantação desses instrumentos foram iniciativas de projetos extrainstitucionais que evidenciam a importância de estímulos externos aos processos de melhoria nas instituições.

Ainda, a implantação do projeto terapêutico singular foi uma iniciativa o que acabou por favorecer a interação interdisciplinar, visto que prevê a discussão de casos clínicos de forma compartilhada entre os profissionais. Essa iniciativa foi utilizada como meio para ações de EPS, o que oportunizou novas formas de realizar a clínica, trabalhar em equipe e a cogestão (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).

Uma proposta similar foi apresentada em estudo realizado nos EUA, no qual hospitais vêm investindo em novas formas de prestar cuidado de maneira a englobar outras perspectivas em um único plano de cuidados. É o caso do *Interprofessional Collaborative Care*, um processo por meio do qual diferentes grupos profissionais trabalham juntos, promovem uma melhor comunicação e coordenação de cuidados centrados no paciente e na tomada de decisão compartilhada. Esse trabalho possui impacto positivo sobre os resultados de saúde e visa mudanças na Lei de Proteção ao Paciente e Cuidados Acessíveis (GONZALO *et al*, 2016).

Buscar instrumentos, processos e experiências reconhecidos internacionalmente torna-se relevante considerando o aspecto positivo da globalização, o qual permite que reconheçamos que sofremos os mesmos riscos e temos os mesmos problemas fundamentais, o que favorece a troca de reflexões e conhecimento de forma a melhorar processos vivenciados mundialmente. Essa aproximação permite um desenvolvimento não apenas material, mas intelectual, afetivo e moral dos seres humanos e das sociedades, pois favorece a mudança de percepção a respeito da realidade e dos conceitos (MORIN, 2011a).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam que as interações profissionais no cenário hospitalar são motivadas pela tríade EPS, segurança e qualidade. Nesse cenário, a gestão dessa tríade é

permeada por questões inerentes ao serviço público de saúde, como trocas frequentes de gestor, prioridades de gestão, falta de planejamento, problemas estruturais, gestão deficiente de materiais e pessoas, disposição da estrutura organizacional, fragmentação do processo de trabalho, desvalorização dos serviços de apoio, práticas educativas pontuais e uniprofissionais, que repercutem na motivação, na satisfação, no comprometimento profissional e na adesão aos processos de mudança.

Foram ressaltadas, como potencializadores da interação multiprofissional e interdisciplinar, iniciativas como a implantação da residência multiprofissional e de projetos extrainstitucionais incentivados pelo MS, assim como a promoção do protagonismo do enfermeiro por meio de iniciativas e desenvolvimento da liderança com apoio da SES. No intuito de efetivar a interação profissional para gestão da tríade, observou-se a necessidade da ênfase nas relações interpessoais, de espaços colegiados, do apoio do gestor, do acompanhamento das ações *in loco* e de uma mudança de paradigma a partir da construção da cultura da EPS, da segurança e da qualidade por meio da interdisciplinaridade.

Para tanto, a tríade precisa que seus eixos sejam valorizados igualmente, pois são complementares e interdependentes, e que sejam direcionados para o coletivo, ou seja, para todos os atores envolvidos no processo de saúde, incluindo o paciente. Essa configuração exige a conformação de novos modelos de gestão com ênfase em uma gestão mais participativa, que tenha por base a interação dos profissionais de forma horizontal e democrática, contribuindo para melhorar os processos de cuidado nas instituições hospitalares, com repercussões na RAS.

O estudo apresentou como limitação o fato de ter sido direcionado a gestores e, dessa forma, não ter incluído todos os profissionais da equipe multidisciplinar. Porém apresenta potencialidade para auxiliar gestores na identificação dos nós críticos, assim como na elaboração de estratégias para gestão da tríade.

6. REFERÊNCIAS

- AGRELI, H.F; PEDUZZI, M; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905. Acesso em: 23 fev. 2019.
- ALZHRANI, N.; JONES, R.; ABDEL-LATIF, M.E. Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 18, n. 736, p. 1-7, set. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6156948/>. Acesso em: 23 fev. 2019.
- ANDRADE, L.E.L.; LOPES, J.M.; SOUZA FILHO, M.C.M.; VIEIRA JÚNIOR, R.F.; FARIAS, L.P.C.; SANTOS, C.C.M.; GAMA, Z.A.S. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100161. Acesso em: 23 fev. 2019.
- ARAÚJO, C.; BARROS, C.; WANKE, P. Efficiency determinants and capacity issues in Brazilian for-profit hospitals. **Health Care Management Science**, Bussum, Holanda, v. 17, n. 6, p. 126-138, jun. 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10729-013-9249-8>. Acesso em: 03 mar. 2019.
- BERBEROGLU, A. Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: empirical evidence from public hospitals. **BMC Health Services Research**, Londres, 18, n. 399, p. 1-9, jun. 2018. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3149-z>. Acesso em: 03 mar. 2019.
- BRASIL a. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranc.pdf. Acesso em: 23 jan. 2019.
- BRASIL b. **Portaria n.º 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 23 fev. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho nacional de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRITO, L.A.L.; MALIK, A.M.; BRITO, E.; BULGACOV, S.; ANDREASSI, T. Práticas de gestão em hospitais privados de médio porte em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. (e00030715) 1-16, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305006. Acesso em: 15 abr. 2019.

CAMPOS, K.F.C.; SENA, R.R.; SILVA, K.L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. (e20160317) 1-10, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801. Acesso em: 15 jan. 2019.

CARVALHO, R.E.F.L.; ARRUDA, L.P.; NASCIMENTO, N.K.P.N.; SAMPAIO, R.L.; CAVALCANTE, M.L.S.N.; COSTA, A.C.P. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. (e2849) 1-8, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310. Acesso em: 15 abr. 2019.

CAVALCANTE, E.F.O.; PEREIRA, I.R.B.O.; LEITE, M.J.V.F.; SANTOS, A.M.D.; CAVALCANTE, C.A.A. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. (e20180306) 1-10, jan. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200407. Acesso em: 15 jan. 2019.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C.. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028. Acesso em: 23 jan. 2019.

CIDÓN, E.U.; MARTÍN, F.C.; VILLAIZÁN, M.H.; LARA, F.L. A pilot study of satisfaction in oncology nursing care: an indirect predictor of quality of care. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 25, n.2, p. 106-117, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455176>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of Qualitative research: Techniques and procedures for developing Ground Theory.** 4th ed. Los Angeles (EUA): Artmed, 2015.

COSTA, D.B.; RAMOS, D.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.27, n.3, p. (e2670016) 1-9, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303. Acesso em: 15 fev. 2019.

COSTA, D.B.; RAMOS, D.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p.(e2670016) 1-9, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303. Acesso em: 15 fev. 2019.

DAMASCENO, C.K.C.S.; CAMPELO, T.P.T.; CAVALCANTE, I.B.; SOUSA, P.S.A.; MOREIRA, W.C.; CAMPELO, D.S. O trabalho gerencial da enfermagem: conhecimento de profissionais enfermeiros sobre suas competências gerenciais. **Revista de enfermagem da UFPE**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1216-1222, abr. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11106/12573>. Acesso em: 15 fev. 2019.

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMETT, S. Educação permanente na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ ago. 2014. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8366/8871>. Acesso em: 15 fev. 2019.

FERREIRA, A.I.; SILVA, C.M.; SIQUEIRA, M.V.; GOMES, S.S.; ARAUJO, A.B.G.; BRANDÃO, G.C.G. Uma reflexão pelo caminhar da cogestão e educação permanente em saúde. **Revista Ciência & Saúde online**, Campina Grande, PB, v. 6, n.3, p. 47-54, 2017. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasauedeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/481/306>. Acesso em: março de 2019.

FIGUEIREDO, T.P. *et al.* Análise das intervenções realizadas na alta hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e encaminhamento farmacoterapêutico. **Revista de APS – Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, MG, v. 19, n. 3, p. 376-383, jan. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15794>. Acesso em: 02 fev. 2019.

FRANÇOLIN, L.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A.; SILVA, A.E.B.C.; BRITO, M.F.P.; MACHADO, J.P. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 0277-0283, mar./abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342015000200277>. Acesso em: 02 fev. 2019.

GOMES, I.E.M.; SIGNOR, E.; SILVA, L.A.A.; COLOMÉ, I.C.S.; ARBOIT, E.L.; CORREA, A.M.G. Desafios na gestão do trabalho em saúde: a educação na interface com atenção. **Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, MG, v. 4, n. 2, p. 1100-1111, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/638/744>. Acesso em: 14 fev. 2017.

GONZALO, J.D.; HIMES, J.; MCGILLEN, B.; SHIFFLET, V.; LEHMAN, E. Interprofessional collaborative care characteristics and the occurrence of bedside interprofessional rounds: a cross-sectional analysis. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 16, n. 459, p.1-9, Set. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5007992/>. Acesso em: 02 fev. 2019.

HOFFMANN, L.M.A.; KOIFMAN, L. O olhar supervisivo na perspectiva da ativação de processos de mudança. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 573-587, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200013. Acesso em: 02 fev. 2019.

KLIMAS, P. Organizational culture and coepetition: An exploratory study of the features, models and role in the Polish Aviation Industry. **Industrial Marketing Management**, [Online], v. 53, [s.n.], p. 91-102, fev. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2015.11.012>. Acesso em: 02 fev. 2019.

KOERICH, C.; ERDMANN, A.L. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 872-880, out. 2016 a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500872. Acesso em: 02 jan. 2017.

KOERICH, C; DRAGO, L.C.; MELO, T.A.P.; ANDRADE, S.R.; ERDMAN, A.L. Financiamento em saúde: análise da produção científica no período 2007-2013. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-15, 2016 c. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16429>. Acesso em: 03 fev. 2018.

KRAUZER, I.M.; DALL'AGNOLL, C.M.; GELBCKE, F.L.; LORENZINI, E.; FERRAZ, L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, p. (e-1087) 1-9, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1225>. Acesso em: 04 mar. 2019.

LAVICH, C.R.P.; TERRA, M.G.; MELLO, A.L.; RADDATZ, M.; ARNEMANN, C.T. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. (e62261) 1-6, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100403. Acesso em: 04 mar. 2019.

LEE, J.-C.; SHIUE, Y.-C; CHEN, C.-Y. Examining the impacts of organizational culture and top management support of knowledge sharing on the success of software process improvement. **Computers in Human Behavior**, Online, v. 54, p. 462-474, jan. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563215301060>. Acesso em: 04 mar. 2019.

LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-441, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200012. Acesso em: 23 mar. 2019.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G.M.M.; ASSUITI, L.F.C.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417. Acesso em: 23 mar. 2019.

MACEDO, N.B.; ALBUQUERQUE, P.C.; MEDEIROS, K.R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 379-401, ago. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200010. Acesso em: 23 mar. 2019.

MARULANDA, C.; LOPEZ, L.; CRUZ, G. La Cultura Organizacional, Factor Clave para la Transferencia de Conocimiento em los Centros de Investigación del Triángulo del Café de Colombia. **Información tecnológica**, La Serena, v. 29, n. 6, p. 245-252, dez. 2018.

Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642018000600245. Acesso em: 23 mar. 2019.

MASSARO, I.A.C.; MASSARO, A. O Uso do KANBAN na Gestão do Cuidado: Superando Limites. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 66, p.1-8, jan. /mar. 2017.

Disponível em: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/14/28>. Acesso em: 02 mar. 2019.

MELLO, A.L.; BRITO, L.J.S.; TERRA, M.G.; CAMELO, S.H. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. (e20170192) 1-5 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100601. Acesso em: 02 mar. 2019.

MENDES, G.H.S.; MIRANDOLA, T.B.S. Hospital accreditation as an improvement strategy: impacts and difficulties in six accredited hospitals. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 636-648, set. 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2015000300636. Acesso em: 02 mar. 2019.

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

MORIN, E. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios, 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2011 a.

NABILOU, B; FEIZI, A.; SEYEDIN, H. Patient Safety in Medical Education: Students' Perceptions, Knowledge and Attitudes Bahram. **PLOS ONE**, Toronto, v. 10, n.8; p. (e0135610) 1-8, ago.2015. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135610>. Acesso em: 02 mar. 2019.

NAJJAR, S., *et al.* Similarities and differences in the associations between the dimensions of patient safety culture and self-reported outcomes in two different cultural contexts: a national cross-sectional study in Palestinian and Belgian hospitals. **BMJ Open**, Londres, v. 2018, n. 8, p. (e021504), 1-8, jul. 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/7/e021504>. Acesso em: 02 mar. 2019.

OKAGAWA, F.S.; BOHOMOL, E.; CUNHA, I.; Olm, C.K. Competências desenvolvidas em um curso de especialização em gestão em enfermagem à distância, **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 238-244, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300006. Acesso em: 05 fev. 2019.

OKUYAMA, J.H.H.; GALVAO, T.F.; SILVA, M.T. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Scientific World Journal**, Nova Iorque, v. 2018, n. 9156301, p. 1-11, jul. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6076892/>. Acesso em: 05 fev. 2019.

OLDS, D.M.; AIKEN, L.H.; CIMIOTTI, J.P.; LAGO, E.T. Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 74, p. 155-161, jun. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28709013>. Acesso em: 05 fev. 2019.

OLIVEIRA, J.L.C.; MATSUDA, L.M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 63-69, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100063. Acesso em: 05 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://www.ona.org.br/>. Acesso em: 15 mar. 2017.

RAMIREZ, E.; MERTIN, A.; VILLÁN, Y.; LORENTE, M.; OIEDA, J; MORO, M. *et al.* Effectiveness and limitations of an incident-reporting system analyzed by local clinical safety leaders in a tertiary hospital. Prospective evaluation through real-time observations of patient safety incidents. **Medicine**, Baltimore, v. 97, n. 38, p. (e12509) 1-10, set. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30235764>. Acesso em: 05 fev. 2019.

RAYMOND, M; HARRISON, M C. The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology **South African Medical Journal**, Cidade do Cabo, v. 104, n. 12, p. 850-852, dez. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26042265>. Acesso em: 07 jan. 2019.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p. 1-3, nov. 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1400150>. Acesso em: 07 jan. 2019.

REIS, C.L.; TAVARES, C.S.S.; SANTANA, C.A.; MENEZES, M.O.; ANDRADE, R.X.; GOIS, R.M.O. A interface da cultura de segurança na gestão de qualidade: um estudo bibliográfico. **Caderno de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 5, n. 1, p. 103-116, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5315>. Acesso em: 07 jan. 2019.

REIS, G.A.X.; HAYAKAWA, L.Y.; MURASSAKI, A.C.Y.; MATSUDA, L.M.; GABRIEL, C.S.; OLIVEIRA, M.L.F. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. (e00340016) 1-9, jul. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200321&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2019.

REIS, G.A.X.; HAYAKAWA, L.Y.; MURASSAKI, A.C.Y.; MATSUDA, L.M.; GABRIEL, C.S.; OLIVEIRA, M.L.F. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. (e00340016)1-9, jul. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200321. Acesso em: 12 mar. 2019.

RIBEIRO, A.C.L.; FERLA, A.A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 294-314, ago. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682016000200004. Acesso em: 13 mar. 2019.

RIGOBELLO, M.C.; CARVALHO, R.E.; CASSIANI, S.H.; GALON, T.; CAPUCHO, H.C.; DEUS, N.N. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013. Acesso em: 13 mar. 2019.

ROCHA, F.L.R.; MARZIALE, M.H.P.; CARVALHO, M.C.; CARDEAL, S.F.; CAMPOS, M.C.T. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 2, p. 308-314, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200308. Acesso em: 13 mar. 2019.

SADE, PP.M.C.; PERES, A.M.. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 6, p. 988-994, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600988. Acesso em: 13 mar. 2019.

SALUM, N.C.; PRADO, M.L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200301. Acesso em: 13 mar. 2019.

SANTOS, S.; FRANÇA, S. Modelo de autoavaliação com enfoque em gestão de pessoas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. **Revista Eletrônica Sistemas & Gestão**,

Niterói, v. 11, n. 3, p. 299-309, set. 2016. Disponível em:
<http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/view/1170/504>. Acesso em: 23 mar. 2017.

SERRA, J.N.; BARBIERI, A.R.; CHEADE, M.F.M. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. esp, p.1-9, ago. 2016. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45925>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SIGNOR, E.; SILVA, L.A.A.; GOMES, I.E.M.; RIBEIRO, R.V.; KESSLER, M.; WEILLER, T.H.; PESERICO, A. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 1-11, jan/mar. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14766>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA C.T.; TERRA, M.G.; KRUSE, M.H.L.; CAMPONOGARA, S.; XAVIER, M.S. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. (e2760014) 1-9, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100304. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA, A.M.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L. Entre ‘feudos’ e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3063-3072, out. 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003063. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; CASTRO, W.S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. (e67762) 1-9, 2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400419. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA, L.G.; MATSUDA, L.M.; WAIDMAN, M.A.P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320-328, abr./jun. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200009. Acesso em: 23 jan. 2019.

SOTO-FUENTES, P.; REYNALDOS-GRANDÓN, K.; MARTÍNEZ-SANTANA, D.; JEREZ-YÁÑEZ, O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. **Aquichan**, Colômbia, v. 14, n. 1, p. 79-99, mar. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130041008>. Acesso em: 23 mar. 2019.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TOLES, M.; COLÓN-EMERIC, C.; NAYLOR, M.D.; BARROSO, J.; ANDERSON, R.A. Transitional care in skilled nursing facilities: a multiple case study. **BMC health services research**, Londres, v. 16, n. 186, p. 1-14, 2016. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1427-1>. Acesso em: 23 mar. 2019.

TOSO, B.R.G.O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 182-191, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100182. Acesso em: 13 fev. 2017.

TREVISIO, P.; PERES, S.C.; SILVA, A.D.; SANTOS, A.A. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 69, p. 1-15, out./dez, 2017. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59>. Acesso em: 23 mar. 2019.

WELLER, J.; BOYD, M.; CUMIN, D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in health=hcare. **Postgraduate Medical Journal**, Londres, v. 90, n. 1, p. 149–154, jan. 2014. Disponível em: <https://pmj.bmj.com/content/90/1061/149>. Acesso em: 23 mar. 2019.

WEST M.; ARMIT K.; LOEWENTHAL L.; ECKERT, R.; WEST, T.; LEE, A. **Leadership and Leadership Development in Health Care: The Evidence Base**. Londres: Faculty of Medical Leadership and Management, 2015. Disponível em: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf. Acesso em: 23 mar. 2019.

7 MANUSCRITO 3. SIGNIFICADOS DA INTERAÇÃO PROFISSIONAL NA GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE

RESUMO

O estudo teve por objetivo compreender os significados da interação profissional na gestão da EPS para um cuidado seguro e qualificado na percepção dos profissionais envolvidos. Utilizou-se a vertente estruturalista da Teoria Fundamentada em Dados como referencial metodológico e a teoria da complexidade proposta por Edgar Morin como referencial teórico. Participaram do estudo 27 entrevistados, entre enfermeiros assistenciais e gestores atuantes em hospitais sob a administração direta estadual e na SES em um estado ao sul do Brasil. A coleta e a análise de dados ocorreram de forma concomitante entre os meses de junho e dezembro de 2018. Os resultados apresentaram duas categorias, as quais expressam o movimento dos profissionais em prol de um cuidado seguro e qualificado por meio da tríade EPS, segurança do paciente e qualidade nas instituições hospitalares e a busca pela interdisciplinaridade. Ressalta-se a importância do ser humano e das relações interpessoais para a efetivação de processos de mudança nas instituições hospitalares.

Descritores: Educação Continuada; Segurança do Paciente; Gestão da Qualidade.

1. INTRODUÇÃO

O fortalecimento da dimensão relacional apresenta-se nas instituições hospitalares como um importante desafio, visto que as relações e interações profissionais nesse contexto sofrem influência da cultura institucional e da cultura individual (LEE; SHIUE; CHEN, 2016), assim como são reflexo da formação do profissional de saúde (WELLER; BOYD; CUMIN, 2014) e das relações de poder ali estabelecidas (FARIAS; ARAUJO, 2017).

Morin (2007) defende que no interior de uma organização as relações são inseparáveis e interdependentes (indivíduos e meio). As regras de funcionamento vigoram segundo as leis sociais e, portanto, isolar a organização para fins de análise sem considerar os indivíduos que a compõem favorece uma percepção limitada da complexidade das suas interações. Cabe ressaltar também que, nesse contexto, a atitude do conjunto da organização (indivíduos) de regenerar-se e reorganizar-se, fazendo frente aos processos de desintegração, é a única forma de lidar com esses processos naturais à própria organização (MORIN, 2007).

Nesse sentido, dentro da dimensão relacional, práticas que busquem favorecer as relações interpessoais são destacadas como ações a serem fortalecidas por serem práticas gerenciais direcionadas ao aprimoramento da gestão hospitalar, como no caso dos colegiados gestores (gestão participativa) e da acreditação hospitalar (FARIAS; ARAUJO, 2017).

Considerando que o conflito interpessoal esteve relacionado em estudo realizado nos EUA a um ambiente de trabalho desrespeitoso e com frágil colaboração entre os profissionais da equipe de saúde, afetando diretamente a satisfação profissional e o desempenho institucional (KIM *et al*, 2017), ressalta-se a importância do fortalecimento dessa dimensão dentro das instituições.

No cenário das instituições hospitalares, a EPS apresenta-se como espaço de aprendizado no trabalho a partir da discussão dos problemas que emergem da prática profissional de forma multiprofissional ou interdisciplinar (BRASIL, 2009). No entanto, essa proposta encontra dificuldade para efetivar-se na prática devido a dificuldades no entendimento de sua base conceitual e por conservar um modelo tradicional de educação no trabalho que não mais atende às necessidades dos atores que constituem esse cenário, incluindo o paciente (KOERICH; ERDMANN, 2016a).

Nessa mesma linha, a segurança do paciente é um tema emergente diante da necessidade de mudanças nas práticas de saúde, a fim de garantir uma assistência livre de danos ao paciente (COSTA *et al*, 2016). Esta requer o entrosamento de todos os atores envolvidos no processo de cuidado ao paciente no sentido de planejar, implementar e avaliar as ações de segurança (CARVALHO, 2015). Desde a publicação do PNSP no Brasil, a implementação das ações de segurança vem enfrentando alguns entraves relacionados à forte cultura de punição presente nas instituições hospitalares, à gestão deficiente de recursos materiais e humanos e ao apoio gerencial incipiente (COSTA *et al*, 2018; SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

A gestão da qualidade, por meio da acreditação ou da certificação hospitalar, vem sendo discutida internacionalmente há algumas décadas, defendendo o uso das melhores evidências, da padronização, do foco no paciente e na sua segurança (ROMERO *et al*, 2018). Entretanto, sua implantação em serviços públicos hospitalares no Brasil enfrenta dificuldades como a conscientização dos profissionais, ou seja, a disseminação da cultura da qualidade, e com a manutenção do foco das ações, das relações interpessoais e do trabalho em equipe (MARTINS-SOBRINHO *et al*, 2015).

Dentro da estrutura organizacional hospitalar, os serviços de apoio (NSP, NQ, NE, NEP, SCIH, entre outros) precisam estar integrados e interagir com o todo organizacional (profissionais/gestores/pacientes) ao gerenciar as ações de EPS, segurança do paciente e qualidade, diante da potencialidade dessas ações para as mudanças necessárias nesse cenário. Essas interações são ações mútuas capazes de transformar o comportamento ou a natureza dos

elementos dentro da organização em um movimento de ordem, desordem e organização, por meio de relações complexas, isto é, complementares, concorrentes e antagônicas (MORIN, 2002a).

Assim, embora seja frequente em estudos a abordagem referente aos significados das interações entre profissionais de saúde e pacientes na constituição do cuidado, este estudo manteve um direcionamento para o significado da interação entre os profissionais de saúde, visto que precisa estar fortalecida para que o paciente possa ser integralmente inserido no processo de cuidado e, portanto, seja possível a construção de uma outra lógica de fazer saúde.

Diante do exposto questiona-se qual o significado da interação profissional na gestão da EPS para um cuidado seguro e qualificado na percepção dos profissionais envolvidos?

O estudo teve por objetivo compreender os significados da interação profissional na gestão da EPS para um cuidado seguro e qualificado na percepção dos profissionais envolvidos no cenário hospitalar.

2.MÉTODO

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla sobre a compreensão de como acontece a interação dos profissionais na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS, a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado. No estudo principal, foi utilizada a TFD ou *Grounded Theory* como referencial metodológico, a qual prevê o significado das relações sociais a partir dos significados dos sujeitos (CORBIN; STRAUSS, 2015) e a teoria da complexidade, proposta por Edgar Morin, como referencial teórico.

O cenário do estudo foram três instituições hospitalares sob a administração pública direta e a SES de um estado ao sul do Brasil. A inclusão dos participantes seguiu o processo de amostragem teórica. Participaram do estudo 27 pessoas entre enfermeiros assistenciais, e profissionais do grupo gestor, dentre eles, coordenadores, gerentes e diretores envolvidos com a temática do estudo e que compuseram quatro grupos amostrais, os quais foram direcionados por hipóteses oriundas dos grupos anteriores, assim como questões direcionadas a responder tais hipóteses.

O primeiro grupo amostral foi composto por oito participantes (04 profissionais do grupo gestor e 04 enfermeiros assistenciais); O segundo grupo por sete participantes (05 profissionais do grupo gestor e 02 enfermeiros assistenciais); o terceiro grupo por oito participantes (06 profissionais do grupo gestor e 02 enfermeiros assistenciais); e o quarto

grupo por quatro participantes (04 profissionais do grupo gestor). Os participantes dos grupos amostrais foram representados pelas “ET”, “EH”, “ER”, “ES” seguido do número respectivo a ordem da entrevista.

As entrevistas ocorreram entre os meses de junho e dezembro de 2018 e iniciavam com uma questão norteadora, de forma a dar liberdade ao participante para se expressarem a respeito do tema: Fale-me sobre como as práticas de EPS são gerenciadas nessa instituição. Após, outras questões foram sendo aplicadas para explorar os significados por meio de entrevista em profundidade.

Os processos de codificação aberta, axial e de integração foram realizados durante a coleta e análise dos dados, que ocorreu de forma concomitante e comparativa. Os dados foram organizados no *software* NVIVO®, versão 12.

Assim, foram elaborados o paradigma com seus componentes (condição, ação-interação e consequência), as categorias, as subcategorias e a categoria central, os quais representaram o fenômeno do estudo e apresentaram a teoria substantiva. A teoria foi validada em uma reunião do COSEP na SES por seis enfermeiros com *expertise* na temática do estudo.

Neste manuscrito foram resgatados os principais elementos que atribuíam maior significado às interações profissionais no contexto hospitalar na gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade nos componentes condições, ações-interações e consequências, os quais foram articulados conforme similaridade e diferenças e apresentados em duas categorias.

Portanto, optou-se por apresentar e discutir com maior ênfase os significados das interações profissionais no contexto hospitalar na gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade diante da relevância dessa perspectiva.

A pesquisa obedeceu às Resoluções n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e recebeu parecer positivo para sua realização sob o número CAAE 80479717.2.0000.0121 (BRASIL, 2012).

3.RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em duas categorias, as quais expressam os principais significados relacionados à interação profissional para a gestão da tríade EPS, segurança do paciente e qualidade nas instituições hospitalares pelos participantes do estudo, visto que a gestão da EPS não foi percebida separadamente, sendo esses três eixos interdependentes e complementares na implantação de processos de melhoria nesse cenário.

As categorias ‘Trabalhando em prol de um cuidado seguro e qualificado’ e ‘Visando à interdisciplinaridade’ foram ilustradas com as falas dos participantes.

3.1 TRABALHANDO EM PROL DE UM CUIDADO SEGURO E QUALIFICADO

Essa categoria apresenta a mobilização dos profissionais para a **gestão da tríade** EPS, segurança do paciente e qualidade.

Apesar de os participantes considerarem que a estrutura física não se constitui em um limitador da interação profissional para a gestão da tríade, por outro lado referem que atuar no mesmo espaço físico, *in loco* e próximos à direção do hospital favorece o entrosamento multiprofissional e gerencial diante da atual configuração dos hospitais. Nesse sentido, a interação profissional foi relacionada com a **aproximação física**, por meio do compartilhamento de informações e do desenvolvimento de ações conjuntas, tanto entre os coordenadores dos serviços de apoio, como destes com os profissionais assistenciais e gestor.

[...] acho que se você precisa tomar decisões e você faz isso em conjunto, não necessariamente precisa estar no mesmo espaço físico. Mas o ideal é que quanto mais próximo melhor. (ET3)

[...] a ideia do diretor foi criar um setor de vigilância em saúde, então hoje o setor de vigilância epidemiológica, SCIH e NSP eles estão numa mesma sala dividindo a estrutura física, é ainda uma coisa nova, mas aí já se falam entre si [os coordenadores desses serviços]. (ER7)

[...] a gente já melhorou muito em relação a isso, até com essa questão do treinamento *in loco*, a nossa ida ao setor, a gente já conseguiu se aproximar muito mais das equipes e aí mostrar para eles terem a percepção da importância dos protocolos, das ações, das notificações [...]. (EH6)

[...] o que eu percebo é que vai ser muito melhor se ele [NQ] tiver dentro da direção, hoje ele está afastado, trabalha qualidade fora da gestão, já começa por aí, nós [serviços de apoio] que estamos aqui também deveríamos estar lá [na direção] grudado, todo dia eles escutando a gente, mas ainda tem essa distância, esse distanciamento. (ER2)

A ação *in loco* foi ressaltada como uma oportunidade de aproximação dos serviços de apoio com os profissionais assistenciais, já que é uma ação potencial para trabalhar a **motivação** e interação multiprofissional, envolvendo a equipe de saúde na discussão dos problemas laborais por meio da oportunidade de **participação**. Nesse sentido, a prática da **sensibilização** dos profissionais assistenciais foi citada como um fortalecedor da participação, do **comprometimento** e da **responsabilização** dos profissionais.

[...] a gente tem discutido bastante junto com o NSP, junto com o SCIH, com o NEP, para tentar fazer as coisas mais *in loco*, aí nós vamos ver os acessos venosos no setor e já conversamos com o profissional, já discutimos o acesso venoso. A gente faz no setor porque observamos que a coisa funciona mais, a educação permanente *in loco*, no dia a dia, e assim você vai construindo a educação permanente [...]. (ET8)

[...] a gente se sensibiliza, quem não se sensibiliza por um projeto que quer melhorar a qualidade do serviço, diminuir média de permanência, o paciente vai ficar aqui menos tempo, vai ter mais fluxo, vai desafogar a emergência, vai trabalhar o paciente de forma referenciada e contrarreferenciada, organizar as portas, a ambiência [...] vamos montar a linha de cuidado, para que esse paciente seja acompanhado multiprofissionalmente, ver todas as necessidades desse paciente, enfim, tu te sensibilizas com a proposta [...]. (ER6)

Cabe evidenciar a importância do enfermeiro na gestão da tríade enquanto líder de equipe, responsável por liderar o maior número de profissionais ligados ao cuidado direto ao paciente dentro da instituição hospitalar. Nesse sentido, o fortalecimento da **liderança** do enfermeiro foi relacionado à **autonomia** e à participação no processo decisório por meio de uma **gestão compartilhada**, participativa e democrática, o que diverge do atual modelo de gestão considerada centralizadora por enfatizar a estrutura hierárquica tradicional.

[...] talvez resgatar essa questão de liderança da equipe. Às vezes a gente vê que a informação não chega no técnico ou no auxiliar de enfermagem, e porque que não chega? A gente imagina que quando a gente convida o enfermeiro para conversar sobre problemas e sobre as demandas de serviço, esse profissional, que é líder, vá reunir a equipe e vá conversar, e nem sempre isso acontece. Então talvez resgatar esse perfil de liderança seja um caminho. (ET1)

[...] eu vou lá oriento e digo: 'liga para a nutricionista'. Para fazer essa interação do enfermeiro com o setor, para ele assumir isso também. Por que eu não estou sempre aqui, eu fico só de manhã, têm férias, tudo isso. Então tem que ter continuidade independente de eu estar aqui ou não, eles têm que ter essa autonomia. (ET2)

Nesse sentido, pode-se afirmar que a interação profissional tem por base a comunicação. É a partir dela e por meio dela que os profissionais interagem, trocam ideias e é possível construir uma nova realidade. No entanto, cabe destacar a importância da valorização desse instrumento gerencial dentro da dimensão relacional no cenário hospitalar.

[...] acho que a comunicação é falha em muitos momentos, muito falha. Eu acho que existem coisas que são feitas de uma maneira em algumas situações e não em outras. A mesma situação ocasiona situações diferentes [...], acho que a comunicação é falha porque a gente diverge, com certeza tem divergência de ideias, de pensamentos, de tudo [...]. (ET6)

Assim, além de ter competência de comunicação, os participantes defendem que o coordenador do serviço de apoio seja um profissional com experiência assistencial prévia na instituição, pois a empatia é um recurso essencial no processo de interação e no aumento da adesão dos profissionais assistenciais às ações propostas.

[...] então eu vejo que para nós é um facilitador, para os nossos serviços, ter a experiência [...] trabalhei em quase todas as clínicas, trabalhei na UTI, então as pessoas nos conhecem dentro do hospital, e eu acho que isso é um facilitador, porque se eu falo, por exemplo, de cuidado de prevenção por pressão, as pessoas sabem que eu estou falando com conhecimento, sabem que eu não vim de fora e trouxe algo pronto, então eu acho que isso talvez seja nossa melhor carta na manga, o que facilita a abertura para conversar com as pessoas [...]. (ET1)

Nessa questão, é importante destacar a relevância do **objetivo em comum**, visto que a divergência de objetivos e metas entre os profissionais resulta em entraves para o desenvolvimento de projetos de melhoria na instituição. Os entrevistados ressaltam que o objetivo principal das ações dentro da instituição deve convergir para o cuidado seguro e qualificado ao paciente.

[...] todos têm que trabalhar na mesma direção. A partir do momento que se tem uma quebra nisso, o projeto já não funciona, começa a desagregar valor em todas as instâncias [...]. (ER5)

[...] as comissões, às vezes, ficam trabalhando em ilhas, isoladas e na verdade não convergem para alguns objetivos que têm em comum. Essas comissões que, às vezes, são até obrigatórias como requisito para alguns projetos do ministério [da saúde], nós temos o NSP, a comissões do SCIH, de mortalidade infantil, então são várias comissões [...]. (ER6)

[...] eu acho que, dentro de uma instituição hospitalar, o foco principal é o paciente [...] a minha intenção aqui dentro é seguir os protocolos, que eu acho que tudo é interligado, desde a limpeza do setor, a organização de roupas limpas, os descartes de lixo, dos protocolos do SCIH, a principal meta é que o paciente seja bem assistido, que se recupere da melhor maneira possível e saia da melhor maneira possível, eu acho que tudo isso objetiva a recuperação do paciente. (ET6)

3.2 VISANDO À INTERDISCIPLINARIDADE

A gestão da tríade depende da interação entre os profissionais e é essa a grande dificuldade para sua expansão nas instituições hospitalares. A fragmentação da estrutura organizacional hospitalar dificulta a interação entre a equipe multiprofissional, de forma que

esta apresenta dificuldade em desenvolver sua atuação de forma interdisciplinar.

A necessidade da ruptura da **cultura** vigente nas instituições hospitalares e da construção de uma nova cultura que envolva a tríade por meio da interação interdisciplinar mostra-se urgente uma vez que, no cenário hospitalar, os profissionais tendem a reproduzir a cultura institucional em suas ações mesmo reconhecendo a necessidade de mudanças no modelo vigente de atenção à saúde. Percebe-se que modificar a cultura é um processo lento, pois as novas ideias precisam ser internalizadas pelos sujeitos de tal forma que sejam transformadas não somente em discursos, mas em ações. Por vezes, a cultura institucional legitima o modelo vigente por meio de crenças, costumes, valores e comportamento do profissional.

[...] as pessoas acham que não precisam se reciclar [atualizar]. Então, o próprio funcionário não quer se reciclar, principalmente se não tiver direito a um certificado de dezesseis horas que vale para a progressão funcional. Então ele não quer. Isso é uma mudança de cultura que precisa ser feita, de mentalidade [...]. (ER1)

[...] eu vejo que os nossos POPs passam por alguns problemas porque tem que ter o olhar também de outros profissionais, é o caso da sonda nasoenteral, de dieta, que tem que envolver a nutricionista e a fono [fonoaudióloga]. Então esse é o maior desafio, de a gente se entender como uma grande equipe. (ER8)

A cultura da fragmentação foi relacionada à formação do profissional de saúde. Os profissionais aprendem a desenvolver seu processo de trabalho isolados dos demais profissionais e, conseqüentemente, ao entrarem no mercado de trabalho, encontram dificuldade de interagir para integrar as ações de cuidado.

[...] não é fácil porque é uma mudança de paradigma muito grande, [...] porque a gente tem uma fragmentação do cuidado dentro das universidades, na nossa formação. A gente não tem nenhuma cadeira que concentre todos eles [profissionais] juntos para trabalhar na atenção primária ou no hospital, mas dizem que teremos que trabalhar juntos. (ER8)

Nas instituições, o desenvolvimento dos profissionais em lógicas diferenciadas reforça a fragmentação disciplinar, sendo necessário pensar ‘fora da caixa’ das disciplinas e avançar para a interdisciplinaridade. Os participantes relatam que procuram montar equipes multiprofissionais para compor as comissões obrigatórias e não obrigatórias nas instituições, que são **espaços colegiados** de discussão.

Assim, a necessidade de espaços de interação na instituição hospitalar, ou até mesmo fora dela, foi realçada no sentido de favorecer o envolvimento interpessoal e melhorar o entrosamento entre os profissionais.

Uns anos atrás, todo mundo se conhecia, e hoje tem funcionários que estão trabalhando aqui a dois, três meses e eu não conheço [...] é uma pena que a gente não tenha mais essas integrações. Não é fazer reunião para a gente discutir trabalho, mas fazer reunião para a gente se conhecer, para melhorar o entrosamento, eu acho que quando você tem uma equipe entrosada todo mundo se dá melhor [...] não digo só na enfermagem, mas na enfermagem, farmácia, fisioterapeuta, o grupo multiprofissional, todo mundo precisa estar integrando, porque a gente não trabalha sozinho. (ET4)

[...] nós poderíamos ter ambientes que proporcionassem mais entrosamento entre as equipes e trouxessem mais esse tipo de discussão, aproximasse os profissionais e não distanciasse, espaços coletivos mesmo, do ponto de vista multiprofissional. (ER6)

Apesar de o gerente de enfermagem acompanhar o desenvolvimento das ações dos serviços de apoio dando suporte e fazendo a interface com o diretor, a sua ação restringe-se apenas à enfermagem. Dessa forma, segundo os participantes, o papel do diretor seria fortalecer a interação da equipe multiprofissional, realizando a **cobrança** dos profissionais referente a seus deveres e atribuições, visto que a implantação dos protocolos de segurança do paciente, assim como de projetos institucionais, carece do envolvimento e participação de todos os profissionais atuantes na instituição de forma interdisciplinar.

[...] as coisas tinham resolutividade porque tinha cobrança, ele [diretor] queria saber por que não tinha ido ainda, entendeu? Então para funcionar tem que ter essa cobrança [...] cada um tem que ter a sua responsabilidade dentro de um projeto do tamanho desse, se tu não tiveres uma responsabilidade e não tiver uma cobrança, a coisa não anda! (ER5)

[...] esse projeto que a gente está participando que é através do IHI, já transformou lugares no mundo inteiro com muitos desafios. Eles tem vários projetos já com êxito, em Portugal, na África, na América do norte, na América Central, na Europa. Eles sempre mostram qual a importância do gestor, tanto é que na primeira vez que a gente foi participar do projeto a nossa diretora, que é a patrocinadora do projeto, ela tem que estar engajada e também é cobrada por algumas coisas que a gente faz, então eu acho que se não tem isso é muito difícil [...]. (EH3)

Os projetos extrainstitucionais trouxeram para os profissionais o **estímulo** para realizarem da melhor maneira as suas atividades, assim como apresentaram outra perspectiva de atuação do paciente no processo de cuidado. A residência multiprofissional propõe a integração da teoria e da prática, do ensino e do serviço, e das disciplinas, sendo que envolve os profissionais nos processos e contribui para a ruptura do modelo vigente. Tanto a

residência multiprofissional quanto os projetos coordenados pelo PROADI-SUS foram considerados potencializadores da interação interdisciplinar nas instituições hospitalares.

[...] a equipe multiprofissional é participativa até por conta da residência multiprofissional, por que nós temos fisioterapia, psicologia, farmácia, enfermagem, então a gente acaba tendo uma interação muito grande dessas profissões por conta da residência, acabam fazendo treinamentos para os residentes e os outros membros da equipe acabam participando [...]. (EH7)

[...] a gente está participando de um projeto que é grandioso do ponto de vista de reduzir mortes desnecessárias, reduzir custos, melhorar a cultura de segurança, melhorar o entrosamento entre os profissionais de saúde, e os familiares e pacientes também, porque o projeto ele também busca isso [...]. (EH3)

Esses estímulos reforçaram a necessidade de guias interdisciplinares (planos, projetos, protocolos institucionais) que direcionem os profissionais para uma mesma direção/objetivo comum. Assim como a importância desse processo de **planejamento e padronização** ser participativo.

[...] eu queria muito que a gente conseguisse trabalhar em cima do planejamento, em cima de organização, que conseguíssemos planejar alguma coisa e não só correr atrás de problemas. (ET7)

[...] nós estávamos num momento de parar tudo e montar um plano de educação permanente [...] tem que estar desenhado dentro do plano de educação permanente, de que forma trazer esses profissionais [médicos] para que eles parem para planejar ações de melhoria para qualidade da assistência sem que eles percam a produção [...]. (ER6)

[...] a primeira fase da padronização é a discussão. ‘Concordamos’, ‘não concordamos’, ‘posso usar um instrumento diferente’, ‘tem literatura que embasa isso’. Então escrever no papel é a parte mais fácil, o mais difícil é chegar no consenso, e as pessoas não tem o costume de fazer isso. Alguém determina enquanto autoridade, como vai ser o processo e todos cumprem. Essa não é a proposta de engajamento das pessoas, já que quem executa precisa participar. Então o técnico que dá banho no leito precisa participar da elaboração do POP, e discutir, ‘concordo’, ‘não concordo’, ‘não dá para fazer assim, na literatura está muito bonito, mas no dia a dia eu não tenho essa ferramenta’, por exemplo. Então precisa haver essa discussão, e eles todos em conjunto vão escrever o POP, e apresentar para a direção, fazer a defesa para a direção, de que é a forma como eles acham mais adequada, com base científica, e claro com respeito à legislação. Então eu vejo a padronização como uma forma de legitimar a participação de todos no processo [...]. (ER1)

Nessa questão, a construção de **instrumentos** direcionados à equipe multiprofissional, como POPS, SBAR, *Kanban*, e práticas, como os *Rounds* e o projeto

terapêutico singular, foram considerados incentivadores da interação e atuação interdisciplinar.

[...] a gente pegou um trabalho que já existia, claro que POP engavetado, não POP como uma ferramenta, um instrumento de trabalho. Ele estava lá engavetado, a gente está desengavetando, revisando, tentando fazer o trabalho. Uma coisa que observei é que os procedimentos, eles não são do processo, porque o processo envolve vários profissionais. O procedimento era do profissional enfermeiro e/ou do profissional médico, e estamos tentando quebrar isso para as pessoas entenderem que o processo com o paciente é de todos. (ER1)

[...] algumas coisas já estão sendo implementadas, tem ferramentas administrativas que a gente já está colocando [em prática] que é o *Kanban* que estamos usando para monitorar índices e indicadores dentro dos setores. E ferramentas de comunicação para que se evite falha na comunicação interna entre profissionais, que é o SBAR [...]. (ER6)

[...] *round* significa a equipe multidisciplinar vai de leito em leito discutindo sobre todos os pacientes. No caso da parte da enfermagem, a escala de dor, se precisa ou não a sonda vesical, os antibióticos, sonda enteral, dieta via oral, as profilaxias para as lesões de córnea, se tem lesão por pressão ou não. [...] É um *checklist*, um fica responsável e vai perguntando para toda a equipe, fisioterapeuta, farmácia, nutrição, daí vão dizendo: ‘qual vai ser a conduta que a gente vai tomar com esse paciente?’ ‘Com esse paciente a gente vai fazer isso e isso e isso, vai mudar os antibióticos por esse motivo, vai tirar a sonda vesical por esse motivo, precisa ou não de um acesso central? Consegue um acesso periférico?’ ‘Tira central ou não?’ Daí se discute sobre todos os pacientes [...]. (EH2)

4.DISSCUSSÃO

Os resultados apresentam a importância da interação profissional não apenas para a gestão da EPS, mas para a gestão da tríade EPS, segurança do paciente e qualidade. A relação de interdependência apresentada entre as ações de EPS, segurança do paciente e qualidade reforçam a ideia de sinergia proposta pelo pensamento complexo. De acordo com este termo, pode-se pensar que os profissionais dos diferentes serviços de apoio na instituição hospitalar, ao interagirem e integrarem suas práticas tornam-se mais produtivos, visto que o todo é maior que a soma das partes. Essa dependência entre o todo e as partes traz à tona a importância da interação com o gestor, assim como de uma gestão que contribua para essa sinergia (MORIN, 2010), ou seja, para a aproximação e interação entre os profissionais.

O distanciamento do gestor dos profissionais e dos processos de melhoria institucionais interfere na interação entre os profissionais, assim como no reconhecimento do trabalho realizado, resultando em falta de adesão e baixa satisfação (FARIAS; ARAUJO,

2017). Cabe ressaltar que a motivação reflete no comportamento e comprometimento do profissional com a instituição, e esse comprometimento depende do comprometimento do gestor (ZONATO; SILVA; GONÇALVES, 2018). Assim, pode-se afirmar que a motivação e o comprometimento dos profissionais estão intimamente relacionados com a aproximação com os gestores e participação nos processos decisórios (CARVALHO, 2015).

A sensibilização dos profissionais assistenciais foi destacada nesse estudo como ação importante que contribui para a participação, comprometimento e responsabilização dos profissionais. A sensibilização é capaz de envolver os profissionais no processo de reflexão sobre a realidade vivenciada no ambiente de trabalho (LORO *et al*, 2016) permitindo assim a implantação de ações de forma colaborativa e construtiva (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

Ainda, a prática da sensibilização, quando utilizada como base para as ações educativas, é capaz de motivar a adesão profissional contribuindo para a implantação de ações relacionadas à segurança do paciente e à qualidade (HEMESATH *et al*, 2015). Nesse sentido, a necessidade de práticas de EPS nos serviços de saúde ressalta a importância da construção coletiva, da responsabilização, da análise da realidade e de práticas educativas *in loco* como possibilidade de superação da cultura da fragmentação e de mudança do modelo assistencial vigente (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Destaca-se, nesse cenário, a importância da equipe de enfermagem na implantação das ações de segurança e qualidade (HOFFMEISTER; MOURA, 2015) em especial do enfermeiro enquanto líder da equipe de enfermagem. A liderança foi associada em estudo com a satisfação do paciente, com o desempenho organizacional, com a satisfação e com o engajamento da equipe, resultando em um cuidado de qualidade (WEST *et al*, 2015). A liderança comprometida, a comunicação efetiva, o *feedback* e os ambientes focados no aprendizado foram considerados em estudo fatores potenciais para melhoria dos processos institucionais (OKUYAMA; GALVÃO; SILVA, 2018).

Nesse sentido, cabe ressaltar que o desenvolvimento da liderança exige o fortalecimento da atuação do enfermeiro por meio da instrumentalização e da inovação do processo de trabalho, que podem ser consolidadas com a gestão do cuidado e a produção e/ou utilização de tecnologias, como no caso do uso dos sistemas de informação para implementação da SAE nos serviços de saúde que, além de facilitar o controle das ações e a tomada de decisão, contribui para a segurança do paciente (RIBEIRO; RUOFF; BAPTISTA, 2014).

No entanto, é preciso mencionar que o distanciamento entre a produção científica e a prática assistencial do enfermeiro acaba afetando seu posicionamento e autonomia frente à equipe multiprofissional, gerando incertezas, inseguranças e desmotivação, visto que a capacidade de argumentação favorece a horizontalidade das relações em equipe. A própria gestão do cuidado possui interface com o consumo de evidências científicas, especialmente quando considerado o processo de tomada de decisão (SILVA *et al*, 2017).

Assim, a atuação interdisciplinar exige preparação e posicionamento dos profissionais, cada qual com seus saberes e com a responsabilidade de se aperfeiçoar, a fim de contribuir com uma prática mais segura e de qualidade ao paciente. Nesse sentido, o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais é importante para que se compreenda o trabalho global, ou seja, o que cada profissional tem como atribuição, respeitando os espaços de atuação.

Os resultados apontam ainda que a autonomia do enfermeiro no cenário hospitalar depende do apoio do gestor e da participação no processo decisório, sendo importante que se pratique uma gestão compartilhada, participativa e democrática. É preciso considerar que a ênfase na dimensão relacional e nas relações interpessoais reforça a orientação de que os serviços são constituídos por pessoas e que essas são essenciais em todos os processos (FARIAS; ARAUJO, 2017).

Quanto a isso, o aprimoramento de competências no profissional enfermeiro tem relação direta com a segurança do paciente e com a qualidade assistencial (FRANÇOLIN *et al*, 2015), o que torna necessário que este compreenda sua atribuição de motivador e orientador da equipe de enfermagem para alcançar os objetivos institucionais (DAMASCENO *et al*, 2016). Por meio da EPS, os profissionais de enfermagem são motivados a desenvolver pensamento crítico e reflexivo, considerando a apropriação de evidências científicas e o compartilhamento de experiências, o desenvolvendo inovação das práticas educativas e a capacidade de enfrentamento dos problemas advindos da realidade laboral (FERRAZ, VENDRUSCOLO, 2014).

Ainda, a comunicação, por ser considerada falha nos serviços de saúde, de forma geral é um ponto essencial que deve ser trabalhado (CAVALCANTE *et al*, 2019), visto que está relacionado com a oportunidade de discussões geradoras de mudanças e de inovações no processo de cuidar e de organizar o trabalho em saúde (BRASIL, 2010). Como estratégias para melhorar e facilitar a comunicação profissional, a utilização de espaços como o NQ e o

NSP apresenta resultados positivos por envolver a equipe multidisciplinar nas discussões sobre os projetos institucionais (FREIRE *et al*, 2019).

A própria diversidade humana reforça a necessidade do diálogo entre os seres humanos, reconhecendo as diferenças e as semelhanças biológicas, culturais, sociais e políticas (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012). Nesse sentido, Morin (2010) traz o princípio dialógico como a união de conceitos contraditórios, ou seja, os profissionais, apesar de possuírem formação e interesses divergentes, precisam fortalecer a cooperação no trabalho em equipe de forma a contribuir com a melhora da qualidade da assistência ao paciente.

A empatia foi considerada um elemento importante na interação profissional, principalmente quando relacionada ao convencimento e adesão profissional às ações de segurança e de qualidade. A ausência de julgamento, a escuta receptiva, a comunicação não verbal, o respeito às diferentes percepções e o aprendizado referente às próprias experiências contribuem para o desenvolvimento de habilidades empáticas (TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2017).

Além disso, o trabalho em equipe embasado em objetivos em comum favorece que as ações convirjam em prol de um cuidado seguro e qualificado ao paciente. Para tanto, o planejamento das ações, considerando objetivos institucionais, e o envolvimento do paciente no processo de cuidado faz-se necessário (FREIRE *et al*, 2019; CAVALVANTE *et al*, 2019)

Entretanto, o trabalho em equipe nas instituições hospitalares é influenciado negativamente por centralização de poder, hierarquia, individualismo e competição. Nesse contexto, o bem estar, a satisfação e a motivação dos profissionais, assim como a promoção das relações interpessoais, de práticas de EPS e de recompensas são elementos pouco valorizados, o que evidencia modelos tradicionais de organização do trabalho que determinam a cultura organizacional (RIGOBELLO *et al*, 2012).

A cultura é capaz de transmitir um sentido de identidade aos indivíduos que compõem a organização, facilitando o comprometimento e estabilidade organizacional (KLIMAS, 2016), mas pode também ser influenciada pela mentalidade e pelas culturas individuais estabelecidas em cada nível da organização, o que dificulta a implantação de melhorias (LEE *et al*, 2016) e influencia as ações dos indivíduos que a compõem, assim como sofre influência deles. Pode-se dizer que o profissional é produto e, ao mesmo tempo, produtor da instituição, ou seja, a instituição é produto da interação entre os profissionais, assim como os profissionais são produtos da cultura institucional (MORIN, 2010).

A construção de uma nova cultura organizacional prevê a disseminação de

informação e de conhecimento e, portanto, precisa considerar o caos e as incertezas em um processo permanente de interação. As incertezas precisam ser consideradas em qualquer realidade, pois permitem questioná-la e enfrentá-la tendo em mente a complexidade de sua composição e suas relações, assim como sua instabilidade (MORIN, 2010).

A cultura institucional pode ser influenciada pela formação dos profissionais de saúde, visto que ocorre de forma fragmentada e acaba construindo identidades profissionais rigorosas, o que dificulta a comunicação e a interação entre os profissionais das diferentes disciplinas (WELLER; BOYD; CUMIN, 2014).

Assim, ao se pensar em uma mudança de paradigma, é preciso considerar o predomínio de lógicas organizadas em torno do modelo de práticas vigentes reforçadas pelos discursos corporativistas e hegemônicos e sua influência na formação e no trabalho dos profissionais de saúde. Dessa forma, há que se preocupar com uma orientação geral em outra lógica, sendo essa reorientação possível a partir da articulação entre as diferentes disciplinas e da inclusão do paciente. Para tanto, espaços coletivos devem ser disponibilizados para discussão e negociação entre esses atores (FERLA; POSSA, 2013).

A interação humana é promotora da construção de novos conhecimentos ou da reformulação de outros já existentes (MORIN, 2010). É na e por meio da interação que os indivíduos imbuídos de diferentes concepções de mundo produzem e são produzidos, compreendem o meio em que vivem e o transformam (MORIN, 2011a). A EPS, como meio, ação e espaço, permite que a construção do conhecimento se dê na interação entre os indivíduos que vivenciam acontecimentos e possibilidades em diferentes espaços, de forma permanente e com potencialidade de transformar as práticas de saúde (LEITE; ROCHA, 2017).

Dispor de espaços e momentos de interação multiprofissional possibilita a sensação de pertencimento, ou seja, de fazer parte do processo ou da própria instituição. Para tanto, a valorização dos diferentes saberes e experiências de forma horizontal torna-se essencial, considerando que exige a participação de todos os atores com respeito à diversidade de pensamento e opiniões (CARVALHO, 2015).

Falar da valorização dos diferentes saberes torna-se relevante, visto que a fragmentação do conhecimento e do próprio homem pode levar ao erro e à ilusão, ou seja, impede a visão global e, dessa forma, a compreensão do todo. Apesar de a organização disciplinar separar sujeito de objeto e não considerar problemas que se sobrepõem às disciplinas, sua existência é compreensível. Entretanto, não se pode ignorar a realidade

multifacetada e nem tanto o ser humano em suas múltiplas dimensões, o qual somente pode ser compreendido quando sua existência complexa é considerada, ou seja, ao levar em conta sua relação consigo, com os outros e com o meio (MORIN, 2010).

Assim, o pensamento complexo é uma condição para refletir a respeito da interdisciplinaridade, a qual requer a religação dos saberes direcionando-os a um conhecimento multidimensional (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012), uma vez que o próprio conhecimento compartilhado se produz e potencializa na dinâmica das relações e interações profissionais (MORIN, 2010).

A instituição hospitalar, enquanto sistema aberto, absorve energia do ambiente externo em uma relação benéfica para manter sua existência. Os estímulos externos são capazes de contribuir para a manutenção da energia interna da organização e para o impulsionamento dos processos de mudança (WITTMANN; MAEHLER, 2008). As instituições precisam continuamente adequar-se e, para tanto, utilizar novas estratégias a fim de promover inovação (MORIN, 2010).

Para Morin (2010), o desenvolvimento e a manutenção da autonomia organizacional dependem de que a organização se nutra de informações externas e de que sejam capazes de utilizá-las internamente, de forma a poder adaptar-se e auto-organizar-se, diante de uma realidade instável. Assim, cabe ressaltar a necessidade de considerar os *feedbacks* positivos e negativos (internos e externos), os quais permitem ter a visão do todo e contribuem para a implantação de processos de melhoria (MORIN, 2010).

Nesse sentido, os resultados apontaram a residência multiprofissional e os projetos coordenados pelo PROADI-SUS como estímulos externos à instituição hospitalar potencializadores da interação interdisciplinar. A residência multiprofissional, por contribuir com a mudança de atitudes dos profissionais de saúde e expansão das fronteiras disciplinares (SILVA *et al*, 2016), e o PROADI-SUS, pela incorporação de novas tecnologias, as quais exigem atuação interdisciplinar por meio de projetos de interesse do SUS a partir da parceria entre MS e setor privado (GUIMARÃES, 2014).

Além disso, o processo de planejamento e padronização participativos e com enfoque interdisciplinar também está entre os resultados. Planos de trabalho, como o plano de EPS, segurança e qualidade, podem ser considerados guias de integração e interação profissional quando focam em objetivos institucionais. O envolvimento de todos os atores no planejamento estratégico da instituição, por exemplo, é capaz de favorecer a comunicação e de estimular que estes sigam um objetivo em comum (FREIRE *et al*, 2019).

Portanto, para construção de uma assistência mais segura ao paciente, é essencial que, além de todos os profissionais de saúde, o gestor e o próprio paciente participem ativamente do processo de padronização (CAVALVANTE *et al*, 2019). Nessa lógica, instrumentos de comunicação e de interação interdisciplinar que contribuam para o trabalho articulado em resistência ao cuidado dissociado (atuação disciplinar) que fragmenta o paciente (divide em partes) foram destacados como essenciais.

O Projeto Terapêutico Singular, entre outros, pode ser considerado um instrumento que auxilia a transição de uma clínica tradicional para uma clínica ampliada, pois permite o debate de casos de forma interdisciplinar. Essa prática exige a disposição de ambientes favoráveis à interação multiprofissional, tanto de espaços formais quanto informais. Essa interação se dá por meio do diálogo na busca de consensos para obter a melhor conduta ao usuário, e para isso é necessário envolvê-lo ativamente, bem como toda a equipe multiprofissional, incluindo médicos, residentes, equipe técnica e expandindo para além do ambiente hospitalar, aos profissionais da RAS (LIMA; MOURA; CAVALCANTE, 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os significados da interação profissional evidenciaram a mobilização dos profissionais para a gestão da tríade EPS, segurança do paciente e qualidade, a qual foi potencializada pelos seguintes fatores: aproximação física, sensibilização, participação, comprometimento, responsabilização, motivação, liderança e autonomia do enfermeiro, gestão compartilhada, comunicação efetiva, empatia, objetivos em comum e foco no paciente.

A interação profissional foi relacionada também à busca pela interdisciplinaridade. Assim, apesar de alguns fatores limitarem a interação interdisciplinar nas instituições hospitalares, como a cultura institucional e a formação profissional, algumas estratégias foram citadas como possibilidades para essa aproximação, como promoção de espaços colegiados, maior envolvimento e cobrança do gestor, estímulos externos à instituição, entre eles a residência multiprofissional e os projetos do PROADI-SUS, participação de todos os atores na construção do planejamento e padronização, e utilização de instrumentos direcionados à atuação interdisciplinar.

Pode-se concluir que a interação profissional depende do fortalecimento da dimensão relacional, ou seja, da promoção de relações interpessoais positivas, as quais precisam ser

estimuladas pelos gestores. Nesse sentido, a EPS, a segurança do paciente e a qualidade, enquanto ações/espços de interação multiprofissional e interdisciplinar, podem favorecer as relações interpessoais, visto que a dimensão relacional na instituição hospitalar é essencial para o sucesso da tríade.

O estudo apresentou como limitação o fato de não ter abordado todos os atores da equipe multiprofissional, limitando-se à percepção de alguns deles, bem como ter sido realizado em um cenário específico da RAS. Porém, enfatizou a importância do ser humano e das relações interpessoais para a efetivação de processos de mudança institucionais.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização **HumanizaSUS**: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho nacional de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 15 mar. 2019.

CARVALHO, P.S. Cultura e mudança organizacional: compreendendo o indivíduo na organização. **Psicologia**, Curitiba, v. 22, n. 5, p. 425-434, jun. 2015. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0893.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CARVALHO, R.E.F.L.; ARRUDA, L.P.; NASCIMENTO, N.K.P.N.; SAMPAIO, R.L.; CAVALCANTE, M.L.S.N.; COSTA, A.C.P. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. (e2849) 1-8, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310. Acesso em: 15 abr. 2019.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of Qualitative research**: Techniques and procedures for developing Ground Theory. 4th ed. Los Angeles (EUA): Artmed, 2015.

COSTA, D.B.; RAMOS, D.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. (e2670016) 1-9, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303. Acesso em: 15 fev. 2019.

COSTA, T.D.; SALVADOR, P.T.C.O.; RODRIGUES, C.C.F.M.; ALVES, K.Y.A.; TOURINHO, F.S.V.; SANTOS, V.E.P. Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.37, n.3, p. (e61145), set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37n3/0102-6933-rngenf-1983-144720160361145.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

DAMASCENO, C.K.C.S.; CAMPELO, T.P.T.; CAVALCANTE, I.B.; SOUSA, P.S.A.; MOREIRA, W.C.; CAMPELO, D.S. O trabalho gerencial da enfermagem: conhecimento de profissionais enfermeiros sobre suas competências gerenciais. **Revista de enfermagem da UFPE**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1216-1222, abr. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11106/12573>. Acesso em: 15 fev. 2019.

FARIAS, D.C.; ARAUJO, F.O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601895&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 fev. 2019.

FERLA, A.A.; POSSA, L.B. Gestão da educação e do trabalho na saúde: enfrentando crises ou enfrentando o problema? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 927-928, out./dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400013. Acesso em: 15 mar. 2019.

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMETT, S. Educação permanente na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ ago. 2014. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8366/8871>. Acesso em: 15 fev. 2019.

FRANÇOLIN, L.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A.; SILVA, A.E.B.C.; BRITO, M.F.P.; MACHADO, J.P. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 0277-0283, mar./abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342015000200277>. Acesso em: 02 fev. 2019.

FREIRE, E.M.R.; SILVA, V.C.; VIEIRA, A.; MATOS, S.S.; ALVES, M. A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar. **Escola Anna Nery**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. (e20180224) 1-9, jan. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eann/v23n1/pt_1414-8145-eann-23-01-e20180224.pdf. Acesso em 15 mar. 2019.

GUIMARÃES, R. Incorporação tecnológica no SUS: o problema e seus desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.12, p.4899-4908, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001204899>. Acesso em: 15 mar. 2019.

HEMESATH, M.P.; SANTOS, H.B.; TORELLY, E.M.S.; BARBOSA, A.S.; MAGALHÃES, A.M.M. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 43-48, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000400043>. Acesso em: 15 mar. 2019.

HOFFMEISTER, L.V.; MOURA, G.M.S.S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 36-43, jan./fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

KIM, S.; BOCHATAY, N.; RELYEA-CHEW, A.; BUTTRICK, E.; AMDAHL, C.; KIM, L.; et al. Individual, interpersonal, and organisational factors of healthcare conflict: A scoping review. **Journal of Interprofessional Care**, Oxfordshire, v. 31, n. 3, p. 282-290, fev. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28276847>. Acesso em: 02 fev. 2019.

KLIMAS, P. Organizational culture and coopetition: An exploratory study of the features, models and role in the Polish Aviation Industry. **Industrial Marketing Management**, [Online], v. 53, [s.n.], p. 91-102, fev. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2015.11.012>. Acesso em: 02 fev. 2019.

KOERICH, C.; ERDMANN, A.L. a. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 872-880, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500872. Acesso em: 02 jan. 2017.

LEE, J.-C.; SHIUE, Y.-C; CHEN, C.-Y. Examining the impacts of organizational culture and top management support of knowledge sharing on the success of software process improvement. **Computers in Human Behavior**, Online, v. 54, [s.n.], p. 462-474, jan. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563215301060>. Acesso em: 04 mar. 2019.

LEITE, L.S.; ROCHA, K.B. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 22, n. 2, p. 203-213, jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000200009. Acesso em: 15 mar. 2019.

LIMA, C.V.C.; MOURA, M.S.R.; CAVALCANTE, M.V.S. Projeto Terapêutico Singular como Abordagem Multiprofissional no Hospital. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 472-482, ago. 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/3018>. Acesso em: 15 mar. 2019.

LORO, M.M.; ZEITOUNE, R.C.G.; GUIDO, L.A.; SILVEIRA, C.R.; SILVA, R.M. Desvelando situações de risco no contexto de trabalho da Enfermagem em serviços de

urgência e emergência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. (e20160086) 1-8, out./dez. 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452016000400204>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MARTINS-SOBRINHO, F.; RIBEIRO, H.C.T.C.; ALVES, M.; MANZO, B.F.; NUNES, S.M.V. Performance em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais/Brasil: influências para a qualidade da assistência. **Enfermería Global**, Murcia, Espanha, v. 37, n.1, p. 298-309, jan. 2015. Disponível em:
http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_administracion2.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2011.

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

MORIN, E. **O método 1**: a natureza da natureza. Porto Alegre: Sulina, 2002.

MORIN, E. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios, 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

OKUYAMA, J.H.H.; GALVAO, T.F.; SILVA, M.T. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Scientific World Journal**, Nova Iorque, v. 2018, n. 9156301, p. 1-11, jul. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6076892/>. Acesso em: 05 fev. 2019.

RIBEIRO, J.C.; RUOFF, A.B.; BAPTISTA, C.L. Informatização da sistematização da assistência de enfermagem: avanços na gestão do cuidado. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 75-80, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296>. Acesso em: 15 mar. 2019.

RIGOBELLO, M.C.; CARVALHO, R.E.; CASSIANI, S.H.; GALON, T.; CAPUCHO, H.C.; DEUS, N.N. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>. Acesso em: 13 mar. 2019.

ROMERO, M.P.; GONZÁLEZ, R.B.; CALVO, M.S.R.; FACHADO, A.A. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 333-342, dez. 2018.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-80422018000300333. Acesso em: 15 mar. 2019.

SANTOS, S.S.C.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul./ago. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400002. Acesso em: 15 mar. 2019.

SILVA C.T.; TERRA, M.G.; KRUSE, M.H.L.; CAMPONOGARA, S.; XAVIER, M.S. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde.

Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. (e2760014) 1-9, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100304. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA, Í.R.; LEITE, J.L.; TREVIZAN, M.A.; SILVA, T.P.; JOSÉ, S.A.P. Conexões entre pesquisa e assistência: desafios emergentes para a ciência, a inovação e a tecnologia na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. (e2470016) 1-11, nov. 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002470016>. Acesso em: 23 jan. 2019.

SILVA, L.G.; MATSUDA, L.M.; WAIDMAN, M.A.P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320-328, abr./jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200009. Acesso em: 23 jan. 2019.

TEREZAM, R.; REIS-QUEIROZ, J.; HOGA, L.A.K. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.70, n. 3, p.669-670, maio/jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300669. Acesso em: 23 jan. 2019.

WELLER, J.; BOYD, M.; CUMIN, D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in health care. **Postgraduate Medical Journal**, Londres, v. 90, n. 1, p. 149–154, jan. 2014. Disponível em: <https://pmj.bmj.com/content/90/1061/149>. Acesso em: 23 mar. 2019

WEST M.; ARMIT K.; LOEWENTHAL L.; ECKERT, R.; WEST, T.; LEE, A. **Leadership and Leadership Development in Health Care: The Evidence Base**. Londres: Faculty of Medical Leadership and Management, 2015. Disponível em: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf. Acesso em: 23 mar. 2019.

WITTMANN, M.L.; MAEHLER, A.E. Administração: do pensamento grego à teoria da complexidade. In: WITTMANN, M.L. **Administração: Teoria sistêmica e complexidade**. Ed. da UFSM, 2008. p. 15-38.

ZONATO, V.C.S.; SILVA, A.; GONÇALVES, M. Influência da Motivação para o Trabalho no Comprometimento Organizacional. **Revista de Administração IMED**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 169-190, ago. 2018. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/raimed/article/view/2180/1745>. Acesso em: 23 mar. 2019.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam que as interações profissionais no cenário hospitalar são motivadas pela tríade EPS, segurança do paciente e qualidade, e não apenas pela gestão da EPS conforme pressuposto, visto que esses eixos se apresentaram como complementares e interdependentes.

No cenário hospitalar, a gestão dessa tríade mostrou-se permeada por questões inerentes ao serviço público de saúde, como a troca frequente de gestor e de prioridades de gestão (consequência de interferências político-partidárias), a falta de planejamento, os problemas estruturais, a gestão deficiente de materiais e de pessoas, a fragmentação do processo de trabalho, a desvalorização dos serviços de apoio e as práticas educativas pontuais e uniprofissionais. Essas questões repercutiram na motivação, no comprometimento e na satisfação dos profissionais, interferindo na adesão aos processos de mudança.

Algumas estratégias, como a sensibilização dos profissionais assistenciais, as práticas educativas *in loco* e o compartilhamento dos resultados da análise de indicadores, mostraram potencial para favorecer a interação profissional e a adesão às ações propostas.

A disposição da estrutura organizacional apresentou forte influência sobre a interação profissional. No entanto, a dimensão relacional foi ressaltada nesse sentido, diante da dificuldade dos profissionais em trabalhar de forma integrada. Essa condição foi relacionada à formação do profissional de saúde e à cultura da fragmentação ainda presente no interior das instituições, a qual acaba refletindo no distanciamento entre as dimensões assistencial e gerencial, assim como na produção do cuidado ao paciente pelos profissionais de saúde.

Essa perspectiva ressaltou a importância do ser humano, ou seja, das pessoas que compõem esse cenário (profissionais, gestores, pacientes) e da necessidade de uma gestão com ênfase nas relações interpessoais, carecendo, para tanto, da disposição de espaços colegiados e de uma gestão mais participativa. Quanto à dimensão relacional, a interação profissional na gestão da tríade foi relacionada com aproximação física, sensibilização, participação, comprometimento, responsabilização, motivação, liderança, autonomia, gestão compartilhada, comunicação efetiva, empatia, objetivos em comum e foco no paciente.

Nesse sentido, a EPS, a segurança do paciente e a qualidade, enquanto ações/espacos de interação multiprofissional e interdisciplinar, podem favorecer as relações interpessoais,

fortalecendo a dimensão relacional na instituição hospitalar, pois esta é essencial para o sucesso da tríade.

O apoio do gestor na gestão da tríade foi considerado essencial para a implantação e efetivação das ações de EPS, segurança e qualidade por meio da interação profissional. Esse apoio foi relacionado à participação, ao envolvimento, à supervisão e à cobrança nos projetos institucionais e extrainstitucionais, assim como à aproximação e ao acompanhamento *in loco* dos hospitais pela SES.

Algumas ações potencializaram a interação profissional e, por vezes, caracterizaram uma interação interdisciplinar, a exemplo da implantação da residência multiprofissional, e de projetos extrainstitucionais como os incentivados pelo PROADI-SUS. Tais ações apresentaram potencialidade para o rompimento do modelo hegemônico de atenção centrado na figura do profissional médico, contribuindo para a interdisciplinaridade.

O protagonismo do enfermeiro foi evidenciado diante das iniciativas em prol de um cuidado seguro e qualificado ao paciente, visto que ocupa lugar de destaque frente à coordenação de serviços de apoio, unidades assistenciais, comissões obrigatórias e não obrigatórias, projetos institucionais e extrainstitucionais, exercendo influência sobre a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional. Nesse sentido, destacou-se a importância do fortalecimento da liderança desse profissional, em especial na responsabilização pela EPS, na motivação e no entrosamento da equipe de enfermagem, porém, é necessário, para tanto, apoio gerencial e envolvimento no processo decisório.

O cuidado de enfermagem não foi percebido isoladamente nesse estudo, visto que a segurança e a qualidade da assistência carecem de uma atenção multiprofissional e interdisciplinar que considere o paciente integralmente e integre o cuidado em suas múltiplas perspectivas. Vislumbrou-se a percepção da importância de construir o conhecimento em conjunto e de extrapolar as barreiras disciplinares, de forma a contribuir para a compreensão do 'todo' e para a transformação das práticas de saúde.

Assim, diante do contexto apresentado, observou-se a necessidade de uma mudança de paradigma a partir da construção da cultura da EPS, da segurança e da qualidade por meio da interdisciplinaridade. Para tanto, a tríade necessita que seus eixos tenham o mesmo *status* de importância, bem como suas ações sejam direcionadas para o coletivo, ou seja, para todos os atores envolvidos no processo de saúde, incluindo o paciente.

Essa configuração exige a conformação de novos modelos de gestão com ênfase em uma gestão mais participativa, que estimule a integração dos serviços e tenha por base a

interação dos profissionais de forma horizontal e democrática, contribuindo dessa forma para melhorar os processos de cuidado nas instituições hospitalares, com repercussões na RAS.

Para a construção de uma nova lógica de fazer saúde, torna-se importante a valorização da interação multiprofissional e interdisciplinar com foco no paciente. Este precisa ser inserido no processo de cuidado não como um receptor de informações e instruções, mas como participante ativo das decisões. Para tanto, é necessário o seu empoderamento frente à sua condição de saúde/doença, assim como uma mudança de mentalidade e postura dos profissionais de saúde.

Este estudo partiu da tese que os serviços que compõem a estrutura organizacional hospitalar, quando complementares e interdependentes, configuram uma única instância com potencialidade para interação profissional na gestão da EPS de forma a proporcionar um cuidado de enfermagem seguro e qualificado. Essa potencialidade se deve ao fato de que, apesar de os serviços de apoio dentro da estrutura organizacional historicamente trabalharem de forma isolada, focados em práticas corretivas e de controle, suas ações normalmente convergem para os mesmos objetivos organizacionais e demandam planejamento para prevenção de eventos que possam impactar negativamente no cuidado seguro e qualificado ao paciente.

Contudo, os resultados apontam que os serviços de apoio caminham para uma integração em uma instância única, no entanto, esta não se configura essencialmente em uma estrutura física, mas principalmente relacional. Nesse sentido, evidenciou-se a corresponsabilização, visto que não apenas esses setores são responsáveis pelas ações de melhoria institucionais, mas todos os atores nesse cenário. A participação de todos os atores na construção do planejamento e da padronização, assim como de instrumentos direcionados à atuação interdisciplinar, foi destacada como essencial para pactuar responsabilidades de forma coletiva e direcionar as ações na mesma lógica para objetivos em comum.

Desta forma, amplia-se a concepção da tese com a seguinte estrutura: serviços que compõem a estrutura organizacional hospitalar, quando complementares e interdependentes, configuram uma instância com potencialidade para interação profissional na gestão da tríade EPS, segurança do paciente e qualidade, de forma a contribuir para o cuidado multiprofissional e interdisciplinar ao paciente.

Desta forma, a teoria substantiva desenvolvida nesse estudo apresenta o fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos” sustentado pelas

categorias, subcategorias e categoria central, as quais foram organizadas por meio dos componentes do paradigma.

Em suma, a teoria substantiva apresenta que a integração dos profissionais na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS, segurança do paciente e qualidade foi impulsionada pela exigência das ações de segurança e qualidade nas instituições públicas de saúde frente a publicação de legislação ministerial e influenciada pela estrutura organizacional, pela prioridade de gestão, por estímulos externos à instituição e pelo protagonismo do profissional enfermeiro. Para tanto, evidenciou-se a necessidade de uma mudança paradigmática que envolve uma mudança cultural por meio do desenvolvimento da cultura de EPS, segurança do paciente e qualidade nos hospitais públicos por meio da interdisciplinaridade.

O estudo contribui com a construção de conhecimento e evidência científica sobre a temática abordada e apresenta potencialidade para auxiliar gestores na identificação dos nós críticos, assim como na elaboração de estratégias para gestão da tríade no cenário hospitalar, visto que apresenta uma perspectiva ampliada a respeito da gestão das ações de EPS, segurança do paciente e qualidade por meio da interdisciplinaridade, a qual pode favorecer a mudança cultural necessária à ruptura do paradigma vigente de produção da saúde.

Nesse aspecto, o enfermeiro configura-se como um ator importante para a reestruturação do processo de trabalho no cenário hospitalar, uma vez que possui formação gerencial e está constantemente envolvido nas ações que abrangem a inclusão do paciente nos cuidados de saúde, o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, a integração da equipe multiprofissional, a humanização do cuidado, a segurança do paciente e a qualidade.

As limitações deste estudo podem estar relacionadas ao fato de não ter abordado todos os atores da equipe multiprofissional, limitando-se à percepção de alguns destes, assim como ter sido realizado em um cenário específico da RAS. Assim, ressalta-se a importância de estudos que explorem a percepção de outros profissionais da equipe de saúde de forma a buscar comparar outras perspectivas a respeito da interação profissional nos processos de gestão no cenário hospitalar.

Em suma, cabe destacar que a intenção deste trabalho não foi dar respostas aos desafios relacionados à interação profissional, mas propor caminhos possíveis, a partir da análise da realidade, à construção de um cuidado mais seguro e qualificado ao paciente.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905. Acesso em: 23 fev. 2019.
- ALZHRANI, N.; JONES, R.; ABDEL-LATIF, M.E. Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 18, n. 736, p. 1-7, set. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6156948/>. Acesso em: 23 fev. 2019.
- ANDRADE, L.E.L.; LOPES, J.M.; SOUZA FILHO, M.C.M.; VIEIRA JÚNIOR, R.F.; FARIAS, L.P.C.; SANTOS, C.C.M.; GAMA, Z.A.S. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100161. Acesso em: 23 fev. 2019.
- ANDRADE, S.R., MEIRELLES, B.H.S., LANZONI, G.M.M. Educação Permanente em saúde: atribuições e deliberações a luz da política nacional e do pacto pela gestão. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, jul. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/educacao_permanente_saude_atribuicoes_deliberaco_pacto_gestao.pdf. Acesso em: 23 fev. 2018.
- ARAGÃO, O.C.; TEÓFILO, J.K.S.; NETTO, J.J.M.; SOARES, J.S.A.; GOYANNA, N.F.; CAVALCANTE, A.E.S. Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. **Espaço Para a Saúde**, Londrina, v. 17, n. 2, p. 66-74, dez. 2016. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/286/0>. Acesso em: 20 fev. 2017.
- ARAÚJO, C.A.S.; FIGUEIREDO, O.H.S.; FIGUEIREDO, K.F. O que motiva os hospitais brasileiros a buscar a acreditação? **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 17-28, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/111>. Acesso em: 23 fev. 2017.
- ARAÚJO, C.; BARROS, C.; WANKE, P. Efficiency determinants and capacity issues in Brazilian for-profit hospitals. **Health Care Management Science**, Bussum, Holanda, v. 17, n. 6, p. 126-138, jun. 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10729-013-9249-8>. Acesso em: 03 mar. 2019.
- BAPTISTA, P.; PUSTIGLIONE, M.; ALMEIDA, M.; FELLI, V.; GARZIN, A.; MELLEIRO, M. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 122-128, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800122. Acesso em: 22 fev. 2017

BAPTISTA, T.W.F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; /EPSJV, 2007. p. 29-60.

BEL-PEÑA N, MÉRIDA-DE LA TORRE FJ. Influence of an observer in the haemolysis produced during the extraction of blood samples in primary care.

Revista de Calidad Asistencial, Espanha, v. 30, n. 6, p. 297-301, nov./dez. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X15001347?via%3Dihub>. Acesso em: 20 fev. 2017

BERBEROGLU, A. Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: empirical evidence from public hospitals. **BMC Health Services Research**, Londres, 18, n. 399, p. 1-9, jun. 2018. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3149-z>. Acesso em: 03 mar. 2019.

BONATO, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, mai. 2011.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf. Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF, 2014a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 23 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em:

http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Gestao%20Participativa%20_%20Co-Gestao.pdf. Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. **Portaria n.º 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação**

Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?– 1. ed. rev. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. **Portaria n.º 2.546**, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 12 fev. 2017.

BRASIL. **Portaria n.º 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 23 fev. 2019.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 51**, de 29 de setembro de 2014. Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051_29_09_2014.html. Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. **Instrução Normativa ANVISA/DC n.º 8** de 26 de dezembro de 2013. Estabelece a abrangência da aplicação dos dispositivos do Regulamento Técnico de Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos e Produtos para Diagnóstico de Uso *in vitro* para empresas que realizam as atividades de importação, distribuição e armazenamento e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/anvisa_in8_26dez2013.pdf. Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização **HumanizaSUS**: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. **Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1_96.pdf Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. **Portaria n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html Acesso em: 15 mar. 2017.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. Acesso em 17 de março de 2018.

BRASIL. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho nacional de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASILEIRO, D.F.; SANNA, M.C. Manual de educação do serviço de enfermagem de um hospital modelo-referência da cidade de São Paulo nos anos 1970. **História De Enfermagem Revista Eletrônica – HERE**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 16-34, jan./jul. 2014. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/revista/here/> Acesso em 17 de março de 2018.

BRITO, L.A.L.; MALIK, A.M.; BRITO, E.; BULGACOV, S.; ANDREASSI, T. Práticas de gestão em hospitais privados de médio porte em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. (e00030715) 1-16, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305006. Acesso em: 15 abr. 2019.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 467-474, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300467 . Acesso em: 20 jan. 2017.

CALDANA, G.; GUIRARDELLO, E.B.; URBANETTO, J.S.; PETERLINI, M.A.S.; GABRIEL, C.S. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto & contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-911, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300906. Acesso em: 15 jan. 2017.

CAMPOS, E.S.. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1944. Reedição de 1965. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf Acesso em: 15 jan. 2017.

CAMPOS, K.F.C.; SENA, R.R.; SILVA, K.L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. (e20160317) 1-10, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801. Acesso em: 15 jan. 2019.

CAPUANO, E.A. Gestão por competências no setor público: experiências de países avançados e lições para o Brasil **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 66, n. 3, p. 371-394, jul./set. 2015. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/574> Acesso em: 15 jan. 2017.

CAPUCHO, H.C; CASSIANI, S.H.B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, ago. 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400791. Acesso em: 15 jan. 2019.

CARDOSO, M.L.M.; COSTA, P.P.; COSTA, D.M.; XAVIER, C.; SOUZA, R.M.P. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, maio. 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n5/1489-1500/pt/> Acesso em: 15 jan. 2018.

CARVALHO, P.S. Cultura e mudança organizacional: compreendendo o indivíduo na organização. **Psicologia**, Curitiba, v. 22, n. 5, p. 425-434, jun. 2015. Disponível em:
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0893.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CARVALHO, R.E.F.L.; ARRUDA, L.P.; NASCIMENTO, N.K.P.N.; SAMPAIO, R.L.; CAVALCANTE, M.L.S.N.; COSTA, A.C.P. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. (e2849) 1-8, mar. 2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310. Acesso em: 15 abr. 2019.

CAVALCANTE, E.F.O.; PEREIRA, I.R.B.O.; LEITE, M.J.V.F.; SANTOS, A.M.D.; CAVALCANTE, C.A.A. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. (e20180306) 1-10, jan. 2019. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200407. Acesso em: 15 jan. 2019.

CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança na saúde**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC; 1997.

CHAGHARI, M.; EBADI, A.; AMERYOUN, A.; SAFARI, M. An attempt for empowering education: a qualitative study of in-service training of nursing personnel. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, Irã, v. 21, n. 5, p. 498-503, set./out. 2016.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5114795/>. Acesso em: 12 fev. 2017.

CHANG, C.C.; LIN, L.M.; CHEN, I.H.; KANG, C.M.; CHANG, W.Y. Perceptions and experiences of nurse preceptors regarding their training courses: a mixed method study. **Nurse Education Today**, [Edimburgo, Escócia], v. 35, n. 1, p. 220-226, jan. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25175623>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009.

CHARMAZ, K. **Constructing grounded theory**. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2014.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 9. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C.. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028. Acesso em: 23 jan. 2019.

CHUANG, C.; LEVINE, S.; RICH, J. Enhancing cost-effective care with a patient-centric chronic obstructive pulmonary disease program. **Population Health Management**, Nova Iorque, v. 14, n. 3, p. 133-136, jun. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21214417>. Acesso em: 20 mar. 2017.

CIDÓN, E.U.; MARTÍN, F.C.; VILLAIZÁN, M.H.; LARA, F.L. A pilot study of satisfaction in oncology nursing care: an indirect predictor of quality of care. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 25, n.2, p. 106-117, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455176>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of Qualitative research**: Techniques and procedures for developing Ground Theory. 4th ed. Los Angeles (EUA): Artmed, 2015.

COSTA, D.B.; RAMOS, D.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p.(e2670016) 1-9, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303. Acesso em: 15 fev. 2019.

COSTA, M.T.; SANTIAGO, L.M.; FONSECA, AP. Desenvolvimento e Validação do Folheto Informativo “Guia de Uso Prático – Como Testar a sua Glicemia”. **Revista Portuguesa de Diabetes**, Portugal, v. 11, n. 4, p. 141-153, dez. 2016. Disponível em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-11-n%C2%BA-4-Dezembro-2016-Artigo-Original-p%C3%A1gs-141-153.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2017.

COSTA, M.V.; PEDUZZI, M.; FREIRE FILHO, J.R.; SILVA, C.B.G. **Educação Interprofissional em Saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018.. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

COSTA, T.D.; SALVADOR, P.T.C.O.; RODRIGUES, C.C.F.M.; ALVES, K.Y.A.; TOURINHO, F.S.V.; SANTOS, V.E.P. Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. (e61145) 1-8, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37n3/0102-6933-rngenf-1983-144720160361145.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

COSTA, V.T.; MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1165-1171, set./out. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76036>. Acesso em: 15 fev. 2019.

CRUZ, E.; NOVAES, M.; MACHIAVELLI, J.; MENEZES, V. Caracterização dos seminários por webconferência sobre saúde do adolescente e jovem da rede de núcleos de telessaúde de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 1, p. 83-90, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100009. Acesso em: 20 fev. 2017.

CRUZ, F.O.A.M.; FERREIRA, E.B.; REIS, P.E.D. Consulta de enfermagem via telefone: relatos dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica. **Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, MG, v. 4, n. 2, p. 1090-1099, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26759&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 mar. 2017.

DAMASCENO, C.K.C.S.; CAMPELO, T.P.T.; CAVALCANTE, I.B.; SOUSA, P.S.A.; MOREIRA, W.C.; CAMPELO, D.S. O trabalho gerencial da enfermagem: conhecimento de profissionais enfermeiros sobre suas competências gerenciais. **Revista de enfermagem da UFPE**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1216-1222, abr. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11106/12573>. Acesso em: 15 fev. 2019.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, set. 1988. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356> Acesso em: 15 fev. 2017.

DRUCKER, P. **A organização do futuro**: como preparar hoje as empresas de amanhã. São Paulo: Futura, 1997.

EDMONDS, S.; CRAM, P.; LOU, Y.; JONES, M.; ROBLIN, D.; SAAG, K. *et al.* Effects of a DXA result letter on satisfaction, quality of life, and osteoporosis knowledge: a randomized controlled trial. **BMC Musculoskeletal Disorders**, Londres, v. 17, n. 1, p. 369 (1-8), ago. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5000520/>. Acesso em: 20 fev. 2017.

ENGWARD, H. Understanding grounded theory. **Nursing Standard Journal**, [Londres], v. 28, n. 7, p. 37-41, out. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24128248> Acesso em: 15 fev. 2017.

ERDMANN, A.L.; PAGLIUCA, L.M.F. O conhecimento em enfermagem: da representação de área ao Comitê Assessor de Enfermagem no CNPq. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 51-59, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700007. Acesso em: 15 fev. 2017.

FARIAS, D.C.; ARAUJO, F.O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601895>. Acesso em: 15 fev. 2019.

FELDMAN, L.B.; CUNHA, I.C.K.O.; D'INNOCENZO, M. Validação dos critérios de processo para avaliação do serviço de enfermagem hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 841-850, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400841. Acesso em: 15 mar. 2019.

FERLA, A.A.; POSSA, L.B. Gestão da educação e do trabalho na saúde: enfrentando crises ou enfrentando o problema? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 927-928, out./dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400013. Acesso em: 15 mar. 2019.

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMETT, S. Educação permanente na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ ago. 2014. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8366/8871>. Acesso em: 15 fev. 2019.

FERREIRA, A.I.; SILVA, C.M.; SIQUEIRA, M.V.; GOMES, S.S.; ARAUJO, A.B.G.; BRANDÃO, G.C.G. Uma reflexão pelo caminhar da cogestão e educação permanente em saúde. **Revista Ciência & Saúde online**, Campina Grande, PB, v. 6, n.3, p. 47-54, 2017. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasauedeencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/481/306>. Acesso em: março de 2019.

FIGUEIREDO, T.P. *et al.* Análise das intervenções realizadas na alta hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e encaminhamento farmacoterapêutico. **Revista de APS – Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, MG, v. 19, n. 3, p. 376-383, jan. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15794>. Acesso em: 02 fev. 2019.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FRANÇOLIN, L.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A.; SILVA, A.E.B.C.; BRITO, M.F.P.; MACHADO, J.P. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 0277-

0283, mar./abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342015000200277>. Acesso em: 02 fev. 2019.

FREIRE, E.M.R.; SILVA, V.C.; VIEIRA, A.; MATOS, S.S.; ALVES, M. A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar. **Escola Anna Nery**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. (e20180224) 1-9, jan. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180224.pdf. Acesso em 15 mar. 2019.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 24. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

FREITAS, L.F.C.; MOREIRA, D.A.; BRITO, M.J.M. A continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 694-700, out./dez. 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35993> Acesso em: 20 jan. 2019.

FRISCH, N.C.; ATHERTON, P.; BORYCKI, E.M.; MICKELSON, G.; BLACK, A.; NOVAK LAUSCHER, H. et al. Expanding the reach of continuing educational offerings through a web-based virtual network: the experience of inspirenet. **Studies in Health Technology and Informatics**, Amsterdam; Washington, DC. v. 234, p. 120-124, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28186027>. Acesso em: 20 jan. 2018.

GABRIEL, C.S.; BOGARIN, D.F.; MIKAEL, S.; CUMMINGS, G.; BERNARDES, A.; GUTIERREZ, L. Perspectiva de las enfermeras brasileñas sobre el impacto de la Acreditación Hospitalaria. **Enfermería global**, Murcia, Espanha, v. 17, n. 49, p. 381-419, jan. 2018. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100381. Acesso em: 20 mar. 2018.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, Nova Iorque, v. 10, n. 1, p. 1-11, fev. 1987. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.4770100103>. Acesso em: 20 jan. 2017.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The Discovery of grounded theory**. Chicago: Aldine, 1967.

GOMES, I.E.M.; SIGNOR, E.; SILVA, L.A.A.; COLOMÉ, I.C.S.; ARBOIT, E.L.; CORREA, A.M.G. Desafios na gestão do trabalho em saúde: a educação na interface com atenção. **Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, MG, v. 4, n. 2, p. 1100-1111, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/638/744>. Acesso em: 14 fev. 2017.

GOMES, I.M.; HERMANN, A.P.; WOLFF, L.D.G.; PERES, A.M.; LACERDA, M.R. Grounded Theory in nursing: an integrative review. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v.9, n. supl. 1, p. 466-474, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10360> . Acesso em: 12 jan. 2019.

GONÇALVES, E.L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v38n1/a08v38n1.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2017.

GONZALO, J.D.; HIMES, J.; MCGILLEN, B.; SHIFFLET, V.; LEHMAN, E. Interprofessional collaborative care characteristics and the occurrence of bedside interprofessional rounds: a cross-sectional analysis. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 16, n. 459, p.1-9, Set. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5007992/>. Acesso em: 02 fev. 2019.

GORJI, H.A.; ETEMADI, M.; HOSEINI, F. Perceived organizational support and job involvement in the Iranian health care system: A case study of emergency room nurses in general hospitals. **Journal of Education and Health Promotion**, Bombaim, v. 3, n. 58, p. Jun. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4113981/> Acesso em: 20 fev. 2017.

GREEN, J.K.; HUNTINGTON, A.D. Online professional development for digitally differentiated nurses: an action research perspective. **Nurse Education in Practice**, [Edimburgo, Escócia], v.22, p. 55-62, jan. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27940391>. Acesso em: 20 fev. 2017.

GREPPERUD, S. Is the hospital decision to seek accreditation an effective one? **International Journal of Health Planning and Management**, Sussex, Inglaterra, v. 30, n. 1, p. e56-68, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470449> Acesso em: 20 fev. 2017.

GUIMARÃES, R. Incorporação tecnológica no SUS: o problema e seus desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4899-4908, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001204899>. Acesso em: 15 mar. 2019.

HALL, H.; GRIFFITHS, D.; MCKENNA, L. From Darwin to constructivism: the evolution of grounded theory. **Nursing Research**, Londres, v. 20, n. 3, p. 17-21, jan. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23346774> Acesso em: 15 mar. 2019.

HARVEY, G.; KITSON, A.; MUNN, Z. Promoting continence in nursing homes in four European countries: the use of PACES as a mechanism for improving the uptake of evidence-based recommendations. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, Sidnei, Austrália, v. 10, n. 4, p. 388-396, dez. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23173664>. Acesso em: 21 fev. 2017.

HEMESATH, M.P.; SANTOS, H.B.; TORELLY, E.M.S.; BARBOSA, A.S.; MAGALHÃES, A.M.M. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 43-48, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000400043>. Acesso em: 15 mar. 2019.

HOFFMANN, L.M.A.; KOIFMAN, L. O olhar supervisivo na perspectiva da ativação de processos de mudança. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 573-587, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200013. Acesso em: 02 fev. 2019.

HOFFMEISTER, L.V.; MOURA, G.M.S.S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 36-43, jan./fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

IKEDA, Y. Importance of patient education on home medical care waste disposal in Japan. **Waste Management**, Nova Iorque, v. 34, n.7, p. 1330-1334, jul. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956053X14001573>. Acesso em: 20 fev. 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Medicare: a strategy for quality assurance**. v. 1. Washington: National Academy Press, 1990. Disponível em: <https://bit.ly/2B8B2KG>. Acessado em: 05 jun. 2018.

JANSSON, M.M.; SYRJÄLÄ, H.P.; OHTONEN, P.P.; MERILÄINEN, M.H.; KYNGÄS, H.A.; ALA-KOKKO, T.I. Simulation education as a single intervention does not improve hand hygiene practices: a randomized controlled follow-up study. **American journal of infection control**, Estados Unidos, v. 44, n. 6, p. 625-630, jun. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26899529>. Acesso em: 22 fev. 2017.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. 5. ed., Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, CBA, 2014. Disponível em: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf. Acesso em: 22 fev. 2017

KAAKINEN, P.; KYNGÄS, H.; TARKIAINEN, K.; KÄÄRIÄINEN, M. The effects of intervention on quality of telephone triage at an emergency unit in Finland: nurses' perspective. **International Emergency Nursing**, Canadá, v. 26, p. 26-31, maio, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26433605>. Acesso em: 20 fev. 2017.

KIM, S.; BOCHATAY, N.; RELYEA-CHEW, A.; BUTTRICK, E.; AMDAHL, C.; KIM, L.; et al. Individual, interpersonal, and organisational factors of healthcare conflict: A scoping review. **Journal of Interprofessional Care**, Oxfordshire, v. 31, n. 3, p. 282-290, fev. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28276847>. Acesso em: 02 fev. 2019.

KLIMAS, P. Organizational culture and cooptation: An exploratory study of the features, models and role in the Polish Aviation Industry. **Industrial Marketing Management**, [Online], v. 53, [s.n.], p. 91-102, fev. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2015.11.012>. Acesso em: 02 fev. 2019.

KOERICH C.; COPELLI, F.H.S.; LANZONI, G.M.M.; MAGALHÃES, A.L.P.; ERDMANN, A.L. Teoria fundamentada nos dados: evidenciando divergências e contribuições para a pesquisa em enfermagem. **Revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, p. (e-1084)1-6, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1222> Acesso em: 22 fev. 2019

KOERICH, C.; ERDMANN, A.L. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 872-880, out. 2016a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500872. Acesso em: 02 jan. 2017.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem sobre educação permanente em uma instituição cardiovascular. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 93, n. 1, p. 93-102, jan./fev. 2016b. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2610>. Acesso em: 02 fev. 2017.

KOERICH, C.; DRAGO, L.C.; MELO, T.A.P.; ANDRADE, S.R.; ERDMAN, A.L. Financiamento em saúde: análise da produção científica no período 2007-2013. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-15, 2016c. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16429>. Acesso em: 03 fev. 2018.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. 2nd.ed. Washington: National Academy of Sciences, 1999.

KRAUZER, I.M.; DALL'AGNOLL, C.M.; GELBCKE, F.L.; LORENZINI, E.; FERRAZ, L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, p. (e-1087)1-9, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1225>. Acesso em: 04 mar. 2019.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 12. ed., 2013.

LANZONI, G.M.M. **Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde**. 2013. 239 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107417>. Acesso em: 29 mar. 2019.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 651-658, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300026. Acesso em: 04 mar. 2017.

LAVICH, C.R.P.; TERRA, M.G.; MELLO, A.L.; RADDATZ, M.; ARNEMANN, C.T. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. (e62261) 1-6, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100403. Acesso em: 04 mar. 2019.

LEE, J.-C.; SHIUE, Y.-C; CHEN, C.-Y. Examining the impacts of organizational culture and top management support of knowledge sharing on the success of software process improvement. **Computers in Human Behavior, Online**, v. 54, [s.n.], p. 462-474, jan. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563215301060>. Acesso em: 04 mar. 2019.

LEIBOLD, N.; SCHWARZ, L. Virtual simulations: a creative, evidence-based approach to develop and educate nurses. **Create Nursing**, Minneapolis, v. 23, n. 1, p. 29-34, fev. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28196565>. Acesso em: 02 mar. 2017.

LEITE, L.S.; ROCHA, K.B. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 22, n. 2, p. 203-213, jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000200009. Acesso em: 15 mar. 2019.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913. Acesso em: 04 mar. 2017.

LIMA, C.V.C.; MOURA, M.S.R.; CAVALCANTE, M.V.S. Projeto Terapêutico Singular como Abordagem Multiprofissional no Hospital. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 472-482, ago. 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/3018>. Acesso em: 15 mar. 2019.

LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-441, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200012. Acesso em: 23 mar. 2019.

LIMA, T.M.; NICOLAU, A.I.O.; CARVALHO, F.H.C.; VASCONCELOS, C.T.M.; AQUINO, P.S.; PINHEIRO, A.K.B. Intervenções por telefone para adesão ao exame colpositológico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. (e2844)1-8, fev. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100307. Acesso em: 04 mar. 2017.

LIN, H.Y.; CHEN, S.C.; PENG, H.L.; CHEN, M.K. Effects of a case management program on patients with oral precancerous lesions: a randomized controlled trial. **Supportive Care in Cancer**, v. 24, n. 1, p. 275-284, jan. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26024744>. Acesso em: 02 fev. 2017.

LITTIKE, D.; SODRE, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3051-3062, out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003051. Acesso em: 02 fev. 2017.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G.M.M.; ASSUITI, L.F.C.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417. Acesso em: 23 mar. 2019.

LORO, M.M.; ZEITOUNE, R.C.G.; GUIDO, L.A.; SILVEIRA, C.R.; SILVA, R.M. Desvelando situações de risco no contexto de trabalho da Enfermagem em serviços de urgência e emergência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. (e20160086) 1-8, out./dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452016000400204>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MACEDO, N.B.; ALBUQUERQUE, P.C.; MEDEIROS, K.R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 379-401, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200010. Acesso em: 23 mar. 2019.

MACKAY, B.J.; ANDERSON, J.; HARDING, T. Mobile technology in clinical teaching. **Nurse Education in Practice**, [Edimburgo, Escócia], v. 22, p. 1-6, jan. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27871040>. Acesso em: 02 fev. 2017.

MAGALHÃES, A.L.P.; ERDMANN, A.L.; SILVA, E.L.; SANTOS, J.L.G. Pensamento Lean na saúde e enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. (e2734) 1-13, jan. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/123933> Acesso em: 02 fev. 2017.

MARTINAZZO, C.J.; DRESC, O.I. A compreensão do princípio da incerteza e suas implicações no processo de educação escolar. **Impulso**, Piracicaba, v. 23, n. 58, p. 45-57, out./dez. 2013. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/impulso/article/view/1716/1215> Acesso em: 02 fev. 2017.

MARTINS-SOBRINHO, F.; RIBEIRO, H.C.T.C.; ALVES, M.; MANZO, B.F.; NUNES, S.M.V. Performance em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais/Brasil: influências para a qualidade da assistência. **Enfermería Global**, Murcia, Espanha, v. 37, n. 1, p. 298-309, jan. 2015. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_administracion2.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

MARULANDA, C.; LOPEZ, L.; CRUZ, G. La Cultura Organizacional, Factor Clave para la Transferencia de Conocimiento em los Centros de Investigación del Triángulo del Café de Colombia. **Información tecnológica**, La Serena, v. 29, n. 6, p. 245-252, dez. 2018. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642018000600245. Acesso em: 23 mar. 2019.

MASSARO, I.A.C.; MASSARO, A. O Uso do KANBAN na Gestão do Cuidado: Superando Limites. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 66, p.1-8, jan. /mar. 2017. Disponível em: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/14/28>. Acesso em: 02 mar. 2019.

MATOS, E.; PIRES, D.. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017. Acesso em: 23 mar. 2017.

MCCAUGHEY, D.; MCGHAN, G.; WALSH, E.; RATHERT, C.; BELUE, R. The relationship of positive work environments and workplace injury: evidence from the National Nursing Assistant Survey. **Health Care Management Review**, Maryland (EUA), v. 39, n. 1, p. 75-88, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23416788>. Acesso em: 02 fev. 2017.

MEDEIROS, A.; PEREIRA, Q.; SIQUEIRA, H.; CECAGNO, D.; MORAES, C. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 38-42, fev. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100007. Acesso em: 02 jan. 2017.

MELLO, A.L.; BRITO, L.J.S.; TERRA, M.G.; CAMELO, S.H. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. (e20170192) 1-5 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100601. Acesso em: 02 mar. 2019.

MELLO, R.B.; CUNHA, C.J.C.A. Grounded theory. *In*: GODOI, C.K.; MELLO, R.B.; SILVA, A.B. Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos. 2. ed. São Paulo: Saraiva; 2010. p. 241-266.

MENDES, G.H.S.; MIRANDOLA, T.B.S. Hospital accreditation as an improvement strategy: impacts and difficulties in six accredited hospitals. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 636-648, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2015000300636. Acesso em: 02 mar. 2019.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170. Acesso em: 02 mar. 2017.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. ed. 4. reimpressão, São Paulo: Atlas, 2008.

MINTZBERG, H. **Structure et dynamique des organisations**. Paris: Les Editions d'Organisation, 1982.

MINTZBERG, H. **The structuring of organizations**: A synthesis of the research. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1979.

MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. O processo da estratégia. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2011 a.

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

MORIN, E. **O método 1: a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulina, 2002 a.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002 b.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011 b.

MORIN, E. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**, 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MORIN, E. **Método 5: A humanidade da humanidade**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Europa-América, 1996.

MORORO, D.D.S.; ENDERS, B.C.; LIRA, A.L.B.C.; SILVA, C.M.B.; MENEZES, R.M.P. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 323-332, maio 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300323. Acesso em: 02 mar. 2018.

MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record; 1993.

MUELLER, S.K. Transdisciplinary coordination and delivery of care. **Seminars in Oncology Nursing**, Filadélfia, PA, v. 32, n. 2, p. 154-163, maio 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27137472>. Acesso em: 02 fev. 2017.

MUSSI, F.C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 72-81, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000100010. Acesso em: 02 mar. 2019.

NABILOU, B; FEIZI, A.; SEYEDIN, H. Patient Safety in Medical Education: Students' Perceptions, Knowledge and Attitudes Bahram. **PLOS ONE**, Toronto, v. 10, n.8; p. (e0135610) 1-8, ago.2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135610>. Acesso em: 02 mar. 2019.

NAJJAR, S., *et al.* Similarities and differences in the associations between the dimensions of patient safety culture and self-reported outcomes in two different cultural contexts: a national cross-sectional study in Palestinian and Belgian hospitals. **BMJ Open**, Londres, v. 2018, n. 8, p. (e021504), 1-8, jul. 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/7/e021504>. Acesso em: 02 mar. 2019.

NIETSCHE, E.A. O micropoder no processo de trabalho dentro da estrutura hospitalar: vivenciando uma história. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 3, p. 373-390, set. 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671996000300006. Acesso em: 02 mar. 2017.

NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Washington, DC: Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000105&pid=S0103-2100200500020001500004&lng=en. Acesso em: 02 mar. 2017.

OKAGAWA, F.S.; BOHOMOL, E.; CUNHA, I.; Olm, C.K. Competências desenvolvidas em um curso de especialização em gestão em enfermagem à distância, **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 238-244, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300006. Acesso em: 05 fev. 2019.

OKUYAMA, J.H.H.; GALVAO, T.F.; SILVA, M.T. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Scientific World Journal**, Nova Iorque, v. 2018, n. 9156301, p. 1-11, jul. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6076892/>. Acesso em: 05 fev. 2019.

OLDS, D.M.; AIKEN, L.H.; CIMIOTTI, J.P.; LAGO, E.T. Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 74, p. 155-161, jun. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28709013>. Acesso em: 05 fev. 2019.

OLIVEIRA, D.P.R. **Estrutura organizacional**: uma abordagem para resultados e competitividade. São Paulo: Atlas, 2006.

OLIVEIRA, J.L.C.; GABRIEL, C.S.; FERTONANI, H.P.; MATSUDA, L.M. Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. (e2851) 1-8, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100312. Acesso em: 02 mar. 2018.

OLIVEIRA, J.L.C.; MATSUDA, L.M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 63-69, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100063. Acesso em: 05 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Acreditação**. 2018. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/33/Acreditacao>. Acesso em: 20 Abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://www.ona.org.br/>. Acesso em: 15 mar. 2017.

PEREIRA, G.M.; ABREU, R.N.D.C.; BONFIM, I.M.; RODRIGUES, A.M.U.; MONTEIRO, L.B.; SOBRINHO, J.M. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 21-25, 2017. Disponível

em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/relacao-entre-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-e-seguranca-do-paciente/> Acesso em: 02 mar. 2019.

PERES, A.M.; EZEAGU, T.N.M.; SADE, P.M.C.; SOUZA, P.B.; GÓMEZ-TORRES, D. Mapeamento de competências: *gaps* identificados na formação gerencial do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. (e06250015) 1-8, jul. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200329. Acesso em: 14 fev. 2018.

PESTANA, A.L.; SANTOS, J.L.; ERDMANN, R.H.; DA SILVA, E.L.; ERDMANN, A.L. Pensamento *Lean* e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 258-264, fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100033. Acesso em: 14 fev. 2018.

PETTIT, S.L.; MCCANN, A.L.; SCHNEIDERMAN, E.D.; FARREN, E.A.; CAMPBELL, P.R. Dimensions of oral care management in Texas hospitals. **Journal of Dental Hygiene**, Chicago, v. 86, n. 2, p. 91-103, maio 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22584446>. Acesso em: 02 mar. 2017.

POTTER AJ, MUELLER KJ, MACKINNEY AC, WARD MM. Effect of tele-emergency services on recruitment and retention of US rural physicians. **Rural Remote Health**, Austrália, v. 14, p. 27-87, ago. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25115747>. Acesso em: 02 fev. 2017.

RAMIREZ, E.; MERTIN, A.; VILLÁN, Y.; LORENTE, M.; OIEDA, J; MORO, M. *et al.* Effectiveness and limitations of an incident-reporting system analyzed by local clinical safety leaders in a tertiary hospital. Prospective evaluation through real-time observations of patient safety incidents. **Medicine**, Baltimore, v. 97, n. 38, p. (e12509) 1-10, set. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30235764>. Acesso em: 05 fev. 2019.

RAYMOND, M; HARRISON, M C. The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. **South African Medical Journal**, Cidade do Cabo, v. 104, n. 12, p. 850-852, dez. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26042265>. Acesso em: 07 jan. 2019.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185. Acesso em: 14 fev. 2018.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p. 1-3, nov. 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1400150>. Acesso em: 07 jan. 2019.

REIS, C.L.; TAVARES, C.S.S.; SANTANA, C.A.; MENEZES, M.O.; ANDRADE, R.X.; GOIS, R.M.O. A interface da cultura de segurança na gestão de qualidade: um estudo bibliográfico. **Caderno de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 5, n. 1, p. 103-116, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5315>. Acesso em: 07 jan. 2019.

REIS, G.A.X.; HAYAKAWA, L.Y.; MURASSAKI, A.C.Y.; MATSUDA, L.M.; GABRIEL, C.S.; OLIVEIRA, M.L.F. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. (e00340016)1-9, jul. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200321. Acesso em: 12 mar. 2019.

REIS, G.A.X.; OLIVEIRA, J.L.C.; FERREIRA, A.M.D.; VITURI, D.W.; MARCON, S.S.; MATSUDA, L.M. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, p. (e20180366) 1-7, jan. 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200409. Acesso em: 17 fev. 2019.

RIBEIRO, A.C.L.; FERLA, A.A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 294-314, ago. 2016. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682016000200004. Acesso em: 13 mar. 2019.

RIBEIRO, D.C.M.; KUROBA, D.S. Fatores que levam os profissionais de enfermagem ao absenteísmo no Brasil. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, [S. l.] v. 9, n. 5, p. 21-44, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/441>. Acesso em: 02 fev. 2017.

RIBEIRO, J.C.; RUOFF, A.B.; BAPTISTA, C.L. Informatização da sistematização da assistência de enfermagem: avanços na gestão do cuidado. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 75-80, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296>. Acesso em: 15 mar. 2019.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços. **Divulgação em Saúde pra Debate**, Londrina, v. 12, p. 39-44, jul. 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000239&pid=S0104-1290201100040000700023 Acesso em: 02 fev. 2017.

RIGOBELLO, M.C.; CARVALHO, R.E.; CASSIANI, S.H.; GALON, T.; CAPUCHO, H.C.; DEUS, N.N. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013. Acesso em: 13 mar. 2019.

ROCHA, F.L.R.; MARZIALE, M.H.P.; CARVALHO, M.C.; CARDEAL, S.F.; CAMPOS, M.C.T. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Revista da escola de**

Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, v. 48, n. 2, p. 308-314, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200308. Acesso em: 13 mar. 2019.

ROMERO, M.P.; GONZÁLEZ, R.B.; CALVO, M.S.R.; FACHADO, A.A. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 333-342, dez. 2018. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-80422018000300333. Acesso em: 15 mar. 2019.

SADE, P.P.M.C.; PERES, A.M.. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 6, p. 988-994, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600988. Acesso em: 13 mar. 2019.

SALCI, M.A.; MACENO, M.; ROZZA, S.G.; SILVA, D.M.G.V.; BOEHS, A.G.; HEIDEMANN, I. T.S.B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2017.

SALLES, R.S.; CORVINO, M.P.F.; GOUVEA, M.V. Continuing education and quality in a public hospital: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 14, n. 3, p. 248-254, out. 2015. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4589>. Acesso em: 05 jun. 2018.

SALUM, N.C.; PRADO, M.L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem** Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, jun. 2014 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200301. Acesso em: 13 mar. 2019.

SANTOS, J.L.G.; ERDMANN, A.L.; SOUSA, F.G.M.; LANZONI, G.M.M.; MELO, A.L.S.F.; LEITE, L.L. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. (e20160056) 1-8, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300201. Acesso em: 13 mar. 2019.

SANTOS, J.L.G.; LIMA, M.A.D.S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 695-702, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400009. Acesso em: 02 mar. 2017.

SANTOS, J.L.G.; PESTANA, A.L.; GUERRERO, P.; MEIRELLES, B.S.H.; ERDMANN, A.L. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, abr. 2013.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200016. Acesso em: 13 mar. 2017.

SANTOS, S.; FRANÇA, S. Modelo de autoavaliação com enfoque em gestão de pessoas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. **Revista Eletrônica Sistemas & Gestão**, Niterói, v. 11, n. 3, p. 299-309, set. 2016. Disponível em: <http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/view/1170/504>. Acesso em: 23 mar. 2017.

SANTOS, S.S.C.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul./ago. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400002. Acesso em: 15 mar. 2019.

SCHIESARI, L.M.C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4229-4234, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004229. Acesso em: 15 mar. 2017.

SEGUI, M.L.H.; PERES, A.M.; BERNARDINO, E. Análise da atuação das enfermeiras em um modelo de unidades gerenciais. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 35, n. 2, p. 71-80, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/semnabio/article/view/18676> Acesso em: 15 mar. 2017.

SENA, R.R.; GRILLO, M.J.C.; PEREIRA, L.A.; BELGA, S.M.M.F.; FRANÇA, B.D.; FREITAS, C.P. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. (e64031) 1-7, jul. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200407. Acesso em: 02 fev. 2018.

SERRA, J.N.; BARBIERI, A.R.; CHEADE, M.F.M. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. esp, p.1-9, ago. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45925>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SEYEDIN, H.; GOHARINEZHAD, S.; VATANKHAH, S.; AZMAL, M. Patient education process in teaching hospitals of Tehran university of medical sciences. **Medical Journal of the Islamic Republic of Iran**, Irã. v. 29, n. 220, p.1-7, jun. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606941/>. Acesso em: 02 mar. 2017.

SHAW, C.D.; BRAITHWAITE, J.; MOLDOVAN, M.; NICKLIN, W.; GRGIC, I.; FORTUNE, T. Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 25, n. 3, p. 222-231, jul. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23411832> Acesso em: 15 mar. 2017.

SIGNOR, E.; SILVA, L.A.A.; GOMES, I.E.M.; RIBEIRO, R.V.; KESSLER, M.; WEILLER, T.H.; PESERICO, A. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 1-11, jan/mar. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14766>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA C.T.; TERRA, M.G.; KRUSE, M.H.L.; CAMPONOGARA, S.; XAVIER, M.S. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. (e2760014) 1-9, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100304. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA, A.M.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L. Entre ‘feudos’ e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3063-3072, out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003063. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA, Í.R.; LEITE, J.L.; TREVIZAN, M.A.; SILVA, T.P.; JOSÉ, S.A.P. Conexões entre pesquisa e assistência: desafios emergentes para a ciência, a inovação e a tecnologia na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. (e2470016), 1-11, nov. 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002470016>. Acesso em: 23 jan. 2019.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; CASTRO, W.S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. (e67762) 1-9, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400419. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA, L.G.; MATSUDA, L.M.; WAIDMAN, M.A.P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320-328, abr./jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200009. Acesso em: 23 jan. 2019.

SILVA, M.M.; CURTY, B.I.C.; DUARTE, S.C.M.; ZEPEDA, K.G.M. Gestão de segurança de enfermagem em enfermarias de onco-hematologia pediátrica. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 6, p. 915-924, nov./dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3278/2519>. Acesso em: 02 fev. 2017.

SMITS, H.; SUPACHUTIKUL, A.; MATE, K.S. Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries. **Global Health**, [Londres], v. 65, n. 10, p. 1-8, set. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25185526>. Acesso em: 23 jan. 2017.

SOARES, M.I.; CAMELO, S.H.H.; RESCK, Z.M.R.; TERRA, F.S. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 676-683, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400676. Acesso em: 23 jan. 2017.

SOTO-FUENTES, P.; REYNALDOS-GRANDÓN, K.; MARTÍNEZ-SANTANA, D.; JEREZ-YÁÑEZ, O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. **Aquichan**, Colômbia, v. 14, n. 1, p. 79-99, mar. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130041008>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 778-783, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600008. Acesso em: 23 jan. 2019.

SPAGNOL, C.A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 119-127, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100019. Acesso em: 23 jan. 2017.

SPAGNOL, C.A.; FERNANDES, M.S. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.25, n. 2, p. 157-164, ago. 2004. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4502>. Acesso em: 23 jan. 2017.

STERN, P.N. In the beginning Glaser and Strauss created Grounded Theory. *In*: MORSE, J.M.; STERN, P.N.; CORBIN, J.; BOWERS, B.; CHARMAZ, K.; CLARKE, A.E. **Developing Grounded Theory: the second generation**. Walnut Creek: Left Coast Press; 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. M. **Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques**. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, 1990.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAVEIRA, Z.Z.; SCHERER, M.D.A.; DIEHL, E.E. Implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1793-1797, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801793. Acesso em: 15 fev. 2017.

TEIXEIRA, A.K.S.; MENEZES, L.C.G.; OLIVEIRA, R.M. Serviço de Estomatoterapia na Perspectiva dos Gerentes de Enfermagem em Hospital Público de Referência. **Estima**, São Paulo, v. 14, n.1, p. 3-12, abr. 2016. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/114>. Acesso em: 13 fev. 2017.

TEREZAM, R.; REIS-QUEIROZ, J.; HOGA, L.A.K. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 669-

670, maio/jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300669. Acesso em: 23 jan. 2019.

TOLES, M.; COLÓN-EMERIC, C.; NAYLOR, M.D.; BARROSO, J.; ANDERSON, R.A. Transitional care in skilled nursing facilities: a multiple case study. **BMC health services research**, Londres, v. 16, n. 186, p. 1-14, 2016. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1427-1>. Acesso em: 23 mar. 2019.

TOSO, B.R.G.O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 182-191, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100182. Acesso em: 13 fev. 2017.

TREVISIO, P.; PERES, S.C.; SILVA, A.D.; SANTOS, A.A. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 69, p. 1-15, out./dez, 2017. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59>. Acesso em: 23 mar. 2019.

WELLER, J.; BOYD, M.; CUMIN, D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in health=hcare. **Postgraduate Medical Journal**, Londres, v. 90, n. 1, p. 149–154, jan. 2014. Disponível em: <https://pmj.bmj.com/content/90/1061/149>. Acesso em: 23 mar. 2019.

WEST M.; ARMIT K.; LOEWENTHAL L.; ECKERT, R.; WEST, T.; LEE, A. **Leadership and Leadership Development in Health Care: The Evidence Base**. Londres: Faculty of Medical Leadership and Management, 2015. Disponível em: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf. Acesso em: 23 mar. 2019.

WITTMANN, M.L.; MAEHLER, A.E. Administração: do pensamento grego à teoria da complexidade. *In*: WITTMANN, M.L. **Administração: Teoria sistêmica e complexidade**. Ed. da UFSM, 2008. p. 15-38.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Más que palabras: marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente**. versão 1.1. Genebra: WHO; 2009. Disponível em: <https://bit.ly/1N1tJAc>. Acesso em: 05 de jun. de 2018.

ZONATO, V.C.S.; SILVA, A.; GONÇALVES, M. Influência da Motivação para o Trabalho no Comprometimento Organizacional. **Revista de Administração IMED**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 169-190, ago. 2018. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/raimed/article/view/2180/1745>. Acesso em: 23 mar. 2019.

APÊNDICE A - Publicação manuscrito 1

1

Revisão Integrativa
Koerich C, Lanzoni GMM, Coimbra R, Tavares KS, Erdmann AL
Recursos e competências para gestão de práticas educativas por enfermeiros: revisão integrativa
Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180031
doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180031>

Recursos e competências para gestão de práticas educativas por enfermeiros: revisão integrativa

Resources and competencies for management of educational practices by nurses: integrative review

Recursos y competencias para la gestión de prácticas educativas por enfermeros: revisión integradora

Cintia Koerich^a
Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni^b
Rebeca Coimbra^b
Karina Sofia Tavares^b
Alacoque Lorenzini Erdmann^a

Como citar este artigo:

Koerich C, Lanzoni GMM, Coimbra R, Tavares KS, Erdmann AL. Recursos e competências para gestão de práticas educativas por enfermeiros: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180031. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180031>.

RESUMO

Objetivo: Conhecer os recursos utilizados e as competências necessárias ao enfermeiro para a gestão das práticas educativas nos serviços de saúde.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada nas bases de dados Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), PubMed Central (PMC), Scopus e Web of Science (WoS), a qual após análise resultou em 18 estudos, publicados entre o período de 2011 a 2017, que foram apresentados em três categorias.

Resultados: Os resultados foram apresentados nas categorias: recursos instrumentais utilizados na educação em saúde, recursos tecnológicos aplicados às práticas educativas, e competências para gestão das práticas educativas.

^aUniversidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^bUniversidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Conclusão: Este estudo traz como contribuição para a prática do enfermeiro subsídios para o desenvolvimento da gestão das práticas educativas nos serviços de saúde por meio de recursos tecnológicos e instrumentais e de competências profissionais que visam o desenvolvimento da equipe, autonomia do usuário e crescimento institucional.

Palavras-chave: Educação. Educação em saúde. Enfermagem. Supervisão de enfermagem. Liderança. Gestão em saúde.

ABSTRACT

Objective: To know the resources used and the necessary skills to the nurse for the management of educational practices in health services.

Method: This is an integrative literature review, carried out in the Latin American and Caribbean databases on Health Sciences Information (BIREME), PubMed Central (PMC), Scopus and Web of Science (WoS). After analysis resulted in 18 studies, published between the period 2011 to 2017, which were presented in three categories.

Results: The results were presented in the categories: instrumental resources used in health education, technological resources applied to educational practices and competencies for management of educational practices.

Conclusion: This study brings as a contribution to the practice of nurses subsidies for the development of educational practices in health services through technological and instrumental resources and professional skills that aim at team development, user autonomy and institutional growth.

Keywords: Education. Health education. Nursing. Nursing, supervisory. Leadership. Health management.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los recursos utilizados y las competencias necesarias al enfermero para la gestión de prácticas educativas en los servicios de salud.

Método: Se trata de una revisión integradora de literatura, realizada en las bases de datos Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), PubMed Central (PMC), Scopus y Web of Science (WoS). Luego del análisis se obtuvieron 18 estudios publicados entre el periodo de 2011 y 2017, que se presentaron en tres categorías.

Resultados: Los resultados se presentaron en las categorías: recursos instrumentales utilizados en la educación en salud, recursos tecnológicos aplicados a las prácticas educativas, y competencias para la gestión de las prácticas educativas.

Conclusión: Este estudio trae como contribución a la práctica del enfermero subsidios para el desarrollo de la gestión de las prácticas educativas en los servicios de salud, a través de recursos tecnológicos e instrumentales y de competencias profesionales que apuntan al desarrollo del equipo, a una autonomía del usuario y al crecimiento institucional.

Palabras clave: Educación. Educación en salud. Enfermería. Supervisión de enfermería. Liderazgo. Gestión en salud.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Cintia Koerich, juntamente com minha orientadora Prof. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann e coorientadora Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, estamos desenvolvendo o estudo intitulado: **Gestão da Educação Permanente em Saúde na alta complexidade em saúde: interação na estrutura organizacional para o cuidado de enfermagem seguro e qualificado** que será apresentado como tese de Doutorado ao programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Frente à importância de Frente à importância de *compreender como acontece a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado a partir do significado atribuído pelos profissionais envolvidos*. Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Sua participação no estudo ocorrerá por meio de concessão de entrevista áudio-gravada e assinatura deste termo, o qual será elaborado em duas vias sendo assinadas e rubricadas por você e pelas pesquisadoras, na mesma folha e constando nesta o endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP, sendo que uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

Não pretendemos expô-lo (a) a riscos ou desconfortos e você tem a liberdade de recusar-se a participar do estudo, ou se aceitar participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento. Apesar de garantirmos que danos previsíveis serão evitados, essa pesquisa tem risco mínimo pela possibilidade de haver algum tipo de constrangimento ou desconfortos advindos do reviver situações desagradáveis da prática profissional. A fim de evitá-los, serão tomadas todas as providências, em especial, àquelas relativas ao sigilo e anonimato. Diante da constatação ou relato de tal desconforto ou constrangimento a entrevista será encerrada. Por outro lado sua participação poderá beneficiar seu campo de atuação profissional, a enfermagem e a sociedade em geral com inusitados ou aperfeiçoados conhecimentos acerca do tema da pesquisa.

Sua participação na pesquisa é voluntária e não será oferecida nenhuma remuneração financeira para tal assim como a pesquisa não resultará em qualquer tipo de despesas para você. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicarão

nenhuma penalização ou prejuízo. Caso você tenha algum dano ou prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização judicialmente, a qual será paga através de recursos próprios, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada, desde que devidamente comprovado sua relação com a mesma e após decisão judicial final.

Durante os procedimentos de coleta de dados você será acompanhado pelo pesquisador, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso, caso seja necessário. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação à pesquisadora, inclusive para esclarecer dúvidas antes, durante e após a sua realização, por um período de até cinco anos.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, são assegurados o sigilo e a privacidade da identidade dos participantes, o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, informação que poderá ser confirmada pelo contato 37219206. Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos, antes, durante e após o curso do estudo, pessoalmente ou pelo telefone (48) 99976 8128.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando as autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____.

RG/CPF: _____.

Data: ____/____/____.

Assinatura do participante: _____.

Assinatura da pesquisadora: _____.

APÊNDICE C - Instrumento de validação da teoria substantiva



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA:

**INTERAÇÕES PROFISSIONAIS NA GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE, SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE**

Doutoranda: Cintia Koerich

Orientadora: Alacoque Lorenzini Erdmann

Coorientador: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Validador:

Instituição:

BREVE APRESENTAÇÃO DA TESE

PERGUNTA DE PESQUISA: Como acontece a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da Educação Permanente em Saúde a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado? Qual o significado dessa interação para os profissionais de envolvidos?

OBJETIVO: Objetivou compreender como acontece a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da EPS a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado a partir do significado atribuído pelos profissionais envolvidos.

REFERENCIAL TEÓRICO: Teoria da Complexidade

Os aspectos metodológicos do estudo estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 Aspectos Metodológicos

Tipo de estudo	Teoria Fundamentada nos Dados (Corbin; Strauss, 2015)
Local do estudo	Hospitais com administração direta no estado de Santa Catarina
Coleta de dados	Entrevista aberta Período: Julho de 2018 a dezembro de 2018
Amostragem teórica	Quatro Grupos Amostrais (GA): 27 participantes 08 profissionais hospital A (04 profissionais do grupo gestor e 04 enfermeiros assistenciais); 07 profissionais hospital B (05 profissionais do grupo gestor e 02 enfermeiros assistenciais); 08 profissionais hospital C (06 profissionais do grupo gestor e 02 enfermeiros assistenciais); 04 profissionais SES (04 gestores com aderência à temática do estudo).
Análise de dados	Análise comparativa constante Três etapas: codificação aberta, axial e de integração Apresentação do paradigma Software NVIVO 12®.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

RESULTADOS

O Quadro 2 apresenta as relações e inter-relações da categoria central, categorias e subcategorias, organizadas de forma representativa nos componentes do paradigma.

Quadro 2 – Componentes, Categorias, Subcategorias e Categoria central do estudo. Florianópolis. SC, Brasil (2019).

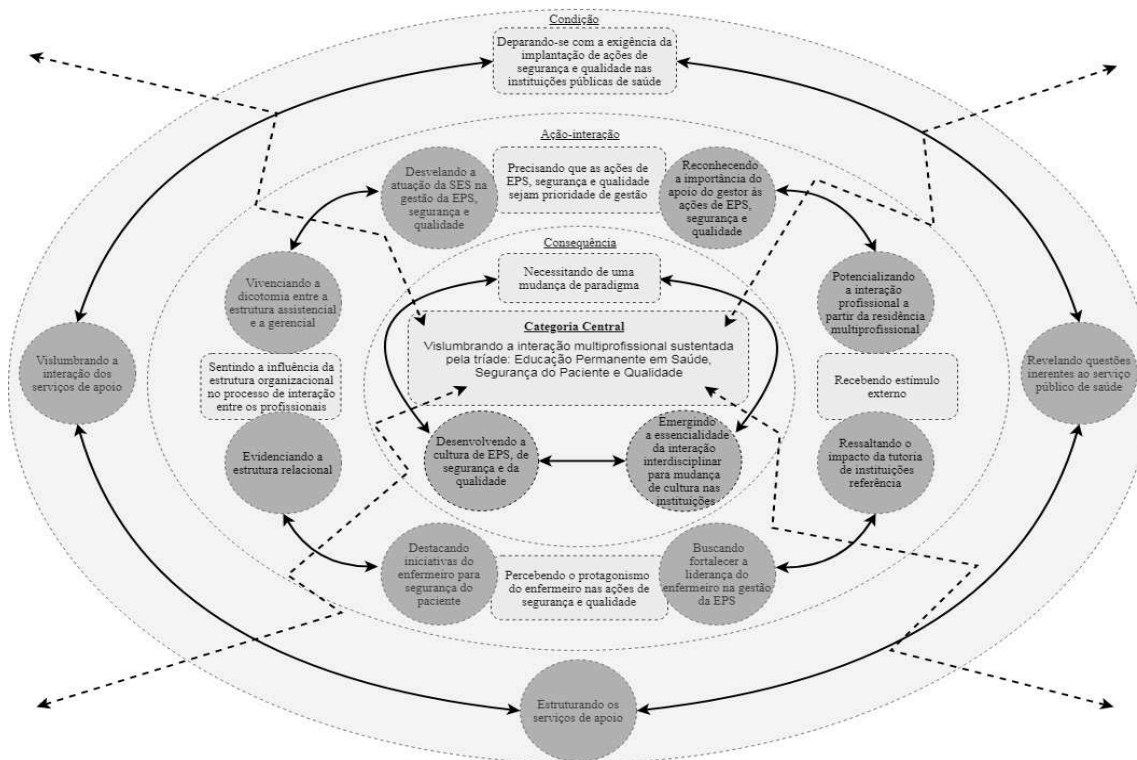
Componente	Categoria	Subcategoria
Condição Por que, quando e como o fenômeno acontece	Deparando-se com a exigência da implantação de ações de segurança e qualidade nas instituições públicas de saúde	Revelando questões inerentes ao serviço público de saúde Estruturando os serviços de apoio Vislumbrando a interação dos serviços de apoio
Ação-Interação Resposta aos eventos ou situações e como se movimentam por meio de	Sentindo a influência da estrutura organizacional no processo de interação entre os profissionais	Vivenciando a dicotomia entre a estrutura assistencial e a gerencial Evidenciando a estrutura relacional
	Precisando que as ações de EPS, segurança e qualidade seja prioridade de gestão	Reconhecendo a importância do apoio do gestor às ações de EPS, segurança e qualidade Desvelando a atuação da SES na gestão da EPS, segurança e qualidade
	Recebendo estímulo externo	Potencializando a interação profissional a partir da

um significado		residência multiprofissional Ressaltando o impacto da tutoria de instituições referência
	Percebendo o protagonismo do enfermeiro nas ações de segurança e qualidade	Destacando iniciativas do enfermeiro para segurança do paciente Buscando fortalecer a liderança do enfermeiro na gestão da EPS
Consequência Desfechos e resultados previstos ou reais	Necessitando de uma mudança de paradigma	Desenvolvendo a cultura de EPS, de segurança e da qualidade Emergindo a essencialidade da interação interdisciplinar para mudança de cultura nas instituições
Categoria Central ou Core Category		
Vislumbrando a interação multiprofissional sustentada pela tríade Educação Permanente em Saúde, Segurança do Paciente e Qualidade		

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

A representação gráfica das relações e inter-relações da categoria central, categorias e subcategorias nos componentes do paradigma estão expressas no diagrama integrativo do fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos” apresentada na **Figura 1**.

Figura 1 – Diagrama integrativo do fenômeno “Significando a complexidade das interações profissionais na gestão da Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade em hospitais públicos”



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

RESPOSTA AS QUESTÕES COM BASE NO MATERIAL APRESENTADO

Para construir uma Teoria Fundamentada em Dados faz-se necessário reduzir dados a conceitos, que devem explicar de forma geral o que está acontecendo em determinado cenário. Para isso, esta teoria deve atender a quatro critérios que julgarão sua aplicabilidade: Ajuste, Compreensão, Generalização Teórica e Controle. Para validar a aplicabilidade dos dados, neste estudo serão considerados os três primeiros critérios (GLASER; STRAUSS, 1967).

AJUSTE: Você se reconhece no modelo apresentado? Vivencia o que está representado nas categorias e subcategorias na sua prática profissional? Há algo importante neste contexto que não foi contemplado?

COMPREENSÃO: O modelo está de fácil compreensão? Você considera que há clareza e relação entre as categorias e subcategorias? A nomeação das categorias e subcategorias está adequada? Quais alterações você sugere?

GENERALIZAÇÃO TEÓRICA: No que tange o nível de abstração do modelo e generalização, qual a abrangência do modelo? Poderia ser aplicado em outros cenários do contexto em saúde? Poderia ser aplicado em outros estados?


REFERÊNCIAS:

LANZONI, G.M.M. **Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde**. 2013. 239 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013.


SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 6. p. 778-783, 2011.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The Discovery of Grounded Theory**. Chicago: Aldine, 1967.

ANEXO A – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas




ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL TEREZA RAMOS
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

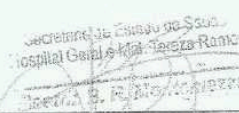

Lages, 11 de abril de 2018.

Com objetivo de atender às exigências éticas, os representantes legais das instituições envolvidos no projeto intitulado **Gestão das práticas educativas na alta complexidade em saúde: interação na estrutura organizacional para o cuidado de enfermagem seguro e qualificado**, declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que na execução do referido projeto de pesquisa serão cumpridos os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.




Assinatura do Pesquisador Responsável
ALAN QUE LORENZINI ERDMANN

Assinatura do Responsável da Instituição Co-Participante

Beatriz Bleyer Rodrigues Montemezzo
Diretora – Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos



Giordana Dutra Sartor
Gerente de Risco/NSP/NHE - HTR

Edelaine Cristiny Coelho
Coordenadora CCIH/DEP - HTR

Lages, 11 de abril de 2018.

AXEXO B – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES
ENVOLVIDAS**

São José, 25 de julho de 2018.

Com o objetivo de atender às exigências éticas, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Gestão das práticas educativas na alta complexidade em saúde: interação na estrutura organizacional para o cuidado de enfermagem seguro e qualificado" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que na execução do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Alacoque Lorenzini Erdmann

Assinatura do pesquisador responsável

Dr. Marcus Grüdtner
CRM 19.538
Diretor Geral
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt

Assinatura (carimbo) do responsável da instituição co-participante

ANEXO C – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ
DOUTOR HOMERO DE MIRANDA GOMES

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES
ENVOLVIDAS**

São José, 05 de novembro de 2018.

Com o objetivo de atender às exigências éticas, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Gestão das práticas educativas na alta complexidade em saúde: interação na estrutura organizacional para o cuidado de enfermagem seguro e qualificado" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que na execução do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Assinatura do pesquisador responsável

Valdir José Ferreira
Diretor/HRSI/SES
Matrícula 360257-5-02

Assinatura (carimbo) do responsável da instituição co-participante

ANEXO D – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
DEPS - DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

São José, 05 de novembro de 2018.

Com o objetivo de atender às exigências éticas, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Gestão das práticas educativas na alta complexidade em saúde: interação na estrutura organizacional para o cuidado de enfermagem seguro e qualificado" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que na execução do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura (carimbo) do responsável da instituição co-participante

Michelina Moreira Kemper
Diretora de Educação Permanente em Saúde
Mat. 330180-4-02
DEPS/SES

Michelina Moreira Kemper
Diretora de Educação Permanente em Saúde
Mat. 330180-4-02
DEPS/SES

ANEXO E – Parecer circunstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ALTA COMPLEXIDADE EM CARDIOLOGIA: INTERAÇÃO NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM SEGURO E QUALIFICADO

Pesquisador: GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80479717.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.595.490

Apresentação do Projeto:

"GESTÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ALTA COMPLEXIDADE EM CARDIOLOGIA: INTERAÇÃO NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM SEGURO E QUALIFICADO". O estudo tem por objetivo compreender como acontece a interação de setores na estrutura organizacional para a gestão das práticas educativas na alta complexidade em cardiologia a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado. E como os profissionais de Enfermagem significam essa interação. Tem como pressuposto que setores que compõem a estrutura organizacional hospitalar, quando complementares e interdependentes, configuram uma única instância com potencialidade para atuação na gestão das práticas educativas na alta complexidade em saúde de forma a proporcionar um cuidado de enfermagem seguro e qualificado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como acontece a interação de setores na estrutura organizacional para a gestão das práticas educativas na alta complexidade em cardiologia a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado. E como os profissionais de Enfermagem significam essa interação.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.595.490

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Desconforto ao responder algum questionamento referente a sua vivencia profissional.

Benefícios:

O estudo poderá apresentar um modelo de gestão de práticas educativas para a alta complexidade em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de Tese de Doutorado de CINTIA KOERICH, orientado pela Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann e co-orientado Profa. Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Área de concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da UFSC. O estudo visa compreender como acontece a interação de setores na estrutura organizacional para a gestão das práticas educativas na alta complexidade em cardiologia a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado e como os profissionais de Enfermagem significam essa interação. Tem como pressuposto que setores que compõem a estrutura organizacional hospitalar, quando complementares e interdependentes, configuram uma única instância com potencialidade para atuação na gestão das práticas educativas na alta complexidade em saúde de forma a proporcionar um cuidado de enfermagem seguro e qualificado. Pretende-se entrevistar em torno de 30 participantes entre profissionais, gestores e possíveis outros participantes. O estudo tem relevância científica, a documentação esta completa e o TCLE apresentado atende a todas as aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios:

- 1) Formulário de informações básicas na PB;
- 2) Declaração dos Pesquisadores;
- 3) Declaração da instituição co-participante;
- 4) Folha de rosto;
- 5) TCLE;
- 6) Projeto de pesquisa.

O TCLE apresentado atende na integra a Resolução CNS nº 466/12.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.595.490

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1037508.pdf	02/04/2018 10:41:56		Aceito
Outros	carta.pdf	02/04/2018 10:38:06	Cintia Koerich	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/03/2018 21:18:12	Cintia Koerich	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/03/2018 21:17:01	Cintia Koerich	Aceito
Folha de Rosto	tese.pdf	21/03/2018 21:15:31	Cintia Koerich	Aceito
Declaração de Pesquisadores	orientador.pdf	28/11/2017 11:03:15	Cintia Koerich	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	diretor.pdf	28/11/2017 11:02:58	Cintia Koerich	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
Luiz Eduardo Toledo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.595.490

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO F – Emenda Parecer Circunstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Gestão das práticas educativas na alta complexidade em saúde: interação na estrutura organizacional para o cuidado de enfermagem seguro e qualificado

Pesquisador: GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80479717.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.657.434

Apresentação do Projeto:

"GESTÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ALTA COMPLEXIDADE EM CARDIOLOGIA: INTERAÇÃO NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM SEGURO E QUALIFICADO". O estudo tem por objetivo compreender como acontece a interação de setores na estrutura organizacional para a gestão das práticas educativas na alta complexidade em cardiologia a fim de garantir o cuidado de enfermagem seguro e qualificado. E como os profissionais de Enfermagem significam essa interação. Tem como pressuposto que setores que compõem a estrutura organizacional hospitalar, quando complementares e interdependentes, configuram uma única instância com potencialidade para atuação na gestão das práticas educativas na alta complexidade em saúde de forma a proporcionar um cuidado de enfermagem seguro e qualificado.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentar a Primeira Emenda do Projeto Título da Pesquisa CAAE: 80479717.2.0000.0121 aprovado em 17/04/2018, devido a sugestões da banca de qualificação do projeto de doutorado, solicita-se a inclusão de outra Instituição, justificado por possuir maior potencial para responder ao objetivo do estudo. Também, devido à inclusão da nova instituição, a qual se trata de um hospital geral, solicita-se ainda a mudança do termo "cardiologia" por "saúde" no título.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.657.434

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente da primeira Emenda do projeto em questão justificada pela inclusão de novo cenário de coleta de dados devido à ampliação do objetivo do estudo após a realização de banca de qualificação do projeto de doutorado. Devido à inclusão da nova instituição, a qual se trata de um hospital geral, foi solicitado a mudança do termo "cardiologia" por "saúde" no título. Assim, o título anterior: "Gestão das práticas educativas na alta complexidade em cardiologia: interação na estrutura organizacional para o cuidado de enfermagem seguro e qualificado"; para "Gestão das práticas educativas na alta complexidade em saúde: interação na estrutura organizacional para o cuidado de enfermagem seguro e qualificado. O Comitê tomou ciência da Emenda e recomenda a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1113739_E1.pdf	17/04/2018 10:09:23		Aceito
Parecer Anterior	parecer.pdf	17/04/2018 09:54:50	Cintia Koerich	Aceito
Outros	Cartae.doc	17/04/2018 09:49:06	Cintia Koerich	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicao.pdf	17/04/2018 09:48:30	Cintia Koerich	Aceito
Declaração de	pesquisador.pdf	17/04/2018	Cintia Koerich	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.657.434

Pesquisadores	pesquisador.pdf	09:47:04	Cintia Koerich	Aceito
Orçamento	orcamentoe.docx	17/04/2018 09:41:35	Cintia Koerich	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEE.docx	17/04/2018 09:33:06	Cintia Koerich	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	17/04/2018 09:30:41	Cintia Koerich	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	emenda.doc	17/04/2018 09:29:44	Cintia Koerich	Aceito
Folha de Rosto	terezar.pdf	17/04/2018 09:15:01	Cintia Koerich	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 16 de Maio de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br