**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA CLAUDIA ALCÂNTARA GARZIN

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
MEDICINA DIAGNÓSTICA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA**

**SÃO PAULO
2011**

ANA CLAUDIA ALCÂNTARA GARZIN

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
MEDICINA DIAGNÓSTICA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Fundamentos de Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientadora: Profª Drª Marta M. Melleiro

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Garzin, Ana Claudia Alcântara

Qualidade da assistência de enfermagem em medicina diagnóstica na percepção da equipe de enfermagem de uma instituição privada / Ana Claudia Alcântara Garzin . - São Paulo, 2011.

152 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Marta M. Melleiro

1. Assistência a saúde - Qualidade 2. Serviços de saúde – Avaliação 3. Serviços de diagnóstico 4. Enfermagem I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Ana Claudia Alcântara Garzin

Título: Qualidade da assistência de enfermagem em medicina diagnóstica na percepção da equipe de enfermagem de uma instituição privada.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: __/__/__

Banca Examinadora

Profª Drª.: Marta Maria Melleiro	Instituição: Escola de Enfermagem - USP
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Dedico este trabalho:

Ao meu querido filho, Felipe, que apesar da sua pouca idade soube compreender minha ausência, necessária para desenvolvimento deste estudo. Que este trabalho seja um exemplo de que a vida é um contínuo desafio aos que desejam vencê-la.

Ao meu marido, Ailton, companheiro de todos os momentos, pelo dedicado amor, compreensão, apoio e carinho. Obrigada por acreditar em mim!

Agradecimentos:

Olho para trás e me dou conta da presença e fortaleza de Deus em todos os momentos de minha vida. Agradeço pelas graças e constante proteção!

Dizer somente obrigada não expressa toda a minha gratidão àqueles que contribuíram para a realização deste trabalho.

Compartilho esta conquista e alegria com todos, especialmente com minha família, a quem devo tudo o que sou e tudo o que posso vir a ser; com meus amigos; com os pacientes que assisti durante minha trajetória profissional; com os meus colegas de profissão, de graduação e de mestrado; e com os docentes que, em algum momento, socializaram seus conhecimentos comigo.

À Profª Drª Marta Maria Melleiro, meu sincero agradecimento pelo conhecimento compartilhado, respeito, confiança e competência com a qual fui conduzida na busca desta conquista;

À Profª Drª Daisy Maria Rizatto Tronchin e Profª Drª Vera Lúcia Mira, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação;

À Renata Lamonica, por autorizar meu ingresso no Mestrado e flexibilizar minha carga horária na instituição;

Às minhas colegas de trabalho, pela compreensão em virtude das ausências;

À equipe de enfermagem que aceitou participar da pesquisa, sem a qual este estudo não seria possível;

À Daniela e Roseli, pelas preciosas contribuições e palavras de apoio e motivação;

À Ellen e Larissa, companheiras de mestrado, por compartilharem comigo, além das disciplinas, experiências profissionais e pessoais;

Aos funcionários e professores do Departamento de Orientação Profissional (ENO), pelas contribuições e pelo acolhimento;

À tia Márcia, pelo incentivo para que eu trilhasse este caminho;

Ao Sr. Ailton e D. Rute, pela generosa ajuda nos incansáveis dias de estudo;

Por fim, aos meus pais Salvador e Paulina, pelo amor incondicional e por transmitirem valores norteadores para toda a vida;

E aos meus irmãos Paula Wandrea e Marçal, pela participação na minha formação pessoal, me ensinando a ser perseverante frente aos constantes desafios da vida.

“Preferi a sabedoria aos cetros e tronos e, em comparação com ela, julguei sem valor a riqueza; a ela não igualei nenhuma pedra preciosa, pois, ao seu lado, todo ouro do mundo é um punhado de areia e, diante dela, a prata será como lama.”

Sb 7, 8-9

Garzin, ACA. Qualidade da assistência de enfermagem em medicina diagnóstica na percepção da equipe de enfermagem de uma instituição privada. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento exploratório-descritivo, cujos objetivos foram analisar a percepção dos trabalhadores de enfermagem de uma empresa de medicina diagnóstica acerca da qualidade da assistência de enfermagem prestada, considerando-se as dimensões de estrutura, processo e resultado e conhecer os fatores intervenientes na qualidade dessa assistência sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem. A população foi constituída por 203 profissionais de enfermagem de uma empresa de medicina diagnóstica. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2010, por meio de um questionário, empregando-se a escala de Likert. Os dados foram analisados em função dos índices percentuais e testes estatísticos específicos. O instrumento de coleta de dados mostrou-se confiável, obtendo-se o Alpha de Cronbach igual a 0,90. Na caracterização dos sujeitos, foi verificado que 55% eram auxiliares de enfermagem, 36% técnicos de enfermagem e 9% enfermeiros; 83% pertenciam ao sexo feminino e 17% ao sexo masculino, com idade média de 34,1 anos e, em média, 10,8 anos de formação e 6,6 anos de atuação na instituição. Na dimensão de estrutura, os participantes demonstraram percepção favorável aos aspectos que envolveram os materiais, equipamentos, mobiliário, disponibilização dos equipamentos de proteção individual (EPIs), capacitação da equipe e a existência de protocolos referentes à segurança do usuário, porém não houve clareza na tendência acerca do quantitativo de trabalhadores e adequação da área física. Em processo, os itens com melhores percentuais relacionaram-se ao cumprimento das ações e orientações que evitam as não conformidades e riscos ao usuário; quanto aos piores resultados nessa dimensão, o desperdício de tempo devido às distâncias percorridas na área física da instituição foi apontado com maior ênfase. Referente à dimensão de resultado, evidenciou-se maior favorabilidade relacionada à atitude ética dos trabalhadores e à satisfação dos profissionais com a qualidade do atendimento. Na comparação das três dimensões, a melhor avaliada foi a de resultado com escore de 59,0 ($dp \pm 10,1$) e a pior foi a de processo, 56,8 ($dp \pm 10,3$). Acredita-se que este estudo contribua para a reorganização dos pontos vulneráveis nas dimensões avaliadas, sobretudo na de processo, que apresentou menor favorabilidade.

Palavras chaves: Qualidade da assistência à saúde; Avaliação de serviços de saúde; Medicina Diagnóstica; Enfermagem

Garzin, ACA. Quality of the nursing care in diagnostic medicine according to the perception of the nursing team in a private institution. [Dissertation] São Paulo: School of Nursing of the University of São Paulo; 2011.

ABSTRACT

This is about a quantitative study with an exploratory-descriptive shaping, whose objectives were to analyze the perception of the nursing staff of a company of diagnostic medicine about the quality of the nursing care delivered, taking into account the dimensions of structure, process and result and to know the factors which intervene in the quality of this care under the nursing staff's view. The population consisted of 203 nursing professionals of a company of diagnostic medicine. The data collection occurred between May and June, 2010, through a questionnaire using the Likert scale. These data were analyzed considering the percentage rates and specific statistic tests. The instrument of data collection turned out to be reliable, obtaining the Cronbach's Alpha equal to 0.90. In the characterization of the subjects, it was verified that 55% were nursing assistants, 36% nursing technicians and 9% were graduate nurses. 83% were females and 17%, males, with average age of 34.1 years old and, on average, 10.8 years of nursing experience and 6.6 years working in the institution. In the structure dimension, the participants showed perception favorable to the aspects which involve the materials, equipment, furniture, access to the individual protection equipment (IPE), training of the team and the existence of the protocols related to the user's security. However, the tendency about the number of workers and physical area adequacy were not clear. In the process dimension, the items with best percentage rates related to the fulfillment of actions and guidance which avoid the noncompliance and risks to the user; as for the worst results in this dimension, the waste of time due to distances between the physical areas in the institution was pointed out with bigger emphasis. As for the result dimension, the study showed higher favorability to the ethical attitude and the worker's satisfaction with the care quality. Comparing the three dimensions, the best assessed one was the result dimension with the score of 59.0 ($dp \pm 10.1$) and the worst one was the process dimension, 56.8 ($dp \pm 10.3$). It is believed that this study may contribute to the reorganization of the vulnerable points in the dimensions assessed, mainly in the process dimension, which showed lower favorability.

Keywords: Health care quality; Health service assessment; Diagnostic medicine; Nursing.

Garzin, ACA. Calidad de atención de enfermería en medicina de diagnóstico en la percepción del equipo de enfermería de una institución privada. [Disertación]. São Paulo: la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, 2011.

RESUMEN

Se trata de un estudio cuantitativo con un diseño exploratorio descriptivo, cuyos objetivos fueron analizar la percepción del equipo de enfermería de una empresa de medicina de diagnóstico sobre la asistencia de enfermería, teniendo en cuenta las dimensiones de estructura, proceso y resultado y conocer los factores que intervienen en la calidad de esta asistencia desde la perspectiva del equipo de enfermería. La población del estudio consistió de 203 profesionales de enfermería de una empresa de medicina de diagnóstico. Los datos fueron recolectados entre los meses de Mayo y Junio de 2010, a través de un cuestionario, utilizando la escala de Likert. Los datos fueron analizados por porcentajes y por testes de estadística específicos. El instrumento de recolección de datos ha demostrado ser fiable, lo que resulta en Alpha de Cronbach igual a 0,90. En la caracterización de los sujetos, se encontró que 55% eran auxiliares de enfermería, 36% técnicos de enfermería y 9% enfermeros, 83% eran mujeres y 17% eran varones, con edad media de 34,1 años, con promedio de 10.8 años en educación y 6,6 años actuando en la institución. En la dimensión de estructura, los participantes demostraron percepción favorable con respecto a los aspectos que involucraron materiales, equipo, mobiliario, dotación de equipo de protección personal (EPP), formación del personal y la existencia de protocolos relacionados con la seguridad del usuario, mas todavía no hubo transparencia sobre la tendencia acerca de la cantidad de trabajadores y adecuación del área física. En el proceso, los elementos con mayores porcentajes estuvieron relacionados con el cumplimiento de las acciones y orientaciones para prevenir los incumplimientos y el riesgo para el usuario; con referencia a los peores resultados en esta dimensión fue apuntado con mayor énfasis el desperdicio de tiempo debido a las distancias recorridas en el ámbito de la institución. Referente a la dimensión del resultado, se ha evidenciado favorabilidad superior relacionada con la actitud ética de los trabajadores y la satisfacción de los profesionales con la calidad de la atención. En la comparación de las tres dimensiones, el mejor resultado fue valuado con un puntaje de 59,0 (SD $\pm$ 10,1) y el peor fue el de proceso con 56,8 (SD $\pm$ 10,3). Esperamos que este estudio contribuya para la reorganización de los puntos vulnerables en las dimensiones evaluadas, especialmente en la dimensión del proceso, que tuvo menos favorabilidad.

Palabras clave: Calidad de la asistencia de la salud; Evaluación de los servicios de salud; Medicina de Diagnóstico; Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1	Aplicação do processo de enfermagem em cada fase dos testes diagnósticos. São Paulo – 2011	31
Figura 2	Proporções do sexo dos profissionais de uma empresa privada de medicina diagnóstica. São Paulo – 2011	57
Figura 3	Proporções da função exercida pelos profissionais de enfermagem uma empresa privada de medicina diagnóstica. São Paulo - 2011	57
Figura 4	Proporções da escolaridade dos profissionais de uma empresa privada de medicina diagnóstica. São Paulo - 2011	58
Figura 5	Distribuição das respostas da proposição: Os materiais disponibilizados para a realização de exames são adequados aos procedimentos realizados. São Paulo - 2011	62
Figura 6	Distribuição das respostas da proposição: Os equipamentos que utilizo durante minhas atividades são de difícil manuseio. São Paulo-2011	63
Figura 7	Distribuição das respostas da proposição: O número de trabalhadores na equipe de enfermagem é suficiente para o número de atendimentos prestados. São Paulo – 2011	64
Figura 8	Distribuição das respostas da proposição: As instruções gerais (IGs) não possuem informações atualizadas. São Paulo - 2011	65
Figura 9	Distribuição das respostas da proposição: As instruções de trabalho (ITRs) são suficientemente detalhadas. São Paulo - 2011	66

Figura 10	Distribuição das respostas da proposição: O mobiliário da unidade não é adequado para atender, com segurança, as necessidades dos clientes. São Paulo - 2011	67
Figura 11	Distribuição das respostas da proposição: A área física em que atuo não propicia o bom andamento do processo de trabalho da equipe de enfermagem. São Paulo - 2011	68
Figura 12	Distribuição das respostas da proposição: A equipe enfermagem é capacitada para atuar nos procedimentos. São Paulo - 2011	69
Figura 13	Distribuição das respostas da proposição: As salas de exames não propiciam privacidade ao cliente. São Paulo - 2011	69
Figura 14	Distribuição das respostas da proposição: No meu local de trabalho há um espaço para divulgação de informações de interesse da equipe de enfermagem. São Paulo - 2011	70
Figura 15	Distribuição das respostas da proposição: A instituição disponibiliza equipamentos de proteção individual (EPI) aos seus trabalhadores. São Paulo - 2011	71
Figura 16	Distribuição das respostas da proposição: Na instituição em que atuo não existem protocolos referentes à segurança do cliente. São Paulo – 2011	72
Figura 17	Distribuição das respostas da proposição: Os fluxos propostos para o atendimento na instituição visam o acolhimento dos clientes. São Paulo - 2011	72
Figura 18	Distribuição das respostas da proposição: O sistema de informação da instituição permite acesso dos trabalhadores aos dados sigilosos do cliente. São Paulo - 2011	73

Figura 19	Distribuição das respostas da proposição: A instituição disponibiliza um canal de comunicação entre os trabalhadores e a diretoria. São Paulo - 2011	74
Figura 20	Distribuição das respostas da proposição: A realização dos procedimentos padronizados é dificultada pelos materiais disponibilizados. São Paulo - 2011	75
Figura 21	Distribuição das respostas da proposição: A equipe de enfermagem manuseia com facilidade os equipamentos, mesmo quando suas instruções estão em outro idioma. São Paulo - 2011	76
Figura 22	Distribuição das respostas da proposição: Os atendimentos são realizados apressadamente em razão do número de trabalhadores existentes. São Paulo - 2011	77
Figura 23	Distribuição das respostas da proposição: A equipe de enfermagem tem dificuldade em encontrar as informações necessárias nas instruções gerais (IGs) quando em dúvida sobre algum exame. São Paulo – 2011	78
Figura 24	Distribuição das respostas da proposição: A equipe de enfermagem utiliza as instruções de trabalho (ITRs) para assegurar-se dos procedimentos padronizados. São Paulo - 2011	79
Figura 25	Distribuição das respostas da proposição: Na ocorrência de não conformidade relativa à assistência de enfermagem, são implementadas ações para que a mesma não se repita. São Paulo - 2011	80
Figura 26	Distribuição das respostas da proposição: Ocorre desperdício de tempo no atendimento devido às distâncias percorridas entre o início e a finalização do procedimento. São Paulo - 2011	81

Figura 27	Distribuição das respostas da proposição: Os treinamentos desenvolvidos pelo Setor de Educação não atendem às necessidades da equipe de enfermagem. São Paulo - 2011	82
Figura 28	Distribuição das respostas da proposição: A equipe de enfermagem explica os procedimentos aos clientes de forma individualizada. São Paulo - 2011	83
Figura 29	Distribuição das respostas da proposição: Não há discussões entre a coordenação e a equipe de enfermagem a respeito dos indicadores da área. São Paulo - 2011	84
Figura 30	Distribuição das respostas da proposição: A equipe de enfermagem nem sempre utiliza os equipamentos de proteção individual (EPI) preconizados para as atividades. São Paulo – 2011	85
Figura 31	Distribuição das respostas da proposição: A equipe de enfermagem segue as orientações preconizadas pela instituição, visando minimizar riscos ao cliente. São Paulo - 2011	87
Figura 32	Distribuição das respostas da proposição: Ao atender os clientes a equipe de enfermagem demonstra interesse por suas expectativas. São Paulo - 2011	88
Figura 33	Distribuição das respostas da proposição: O sigilo das informações obtidas durante o atendimento aos clientes é mantido pela equipe de enfermagem. São Paulo - 2011	89
Figura 34	Distribuição das respostas da proposição: A equipe de enfermagem tem liberdade para fazer sugestões que possam contribuir para a melhoria da assistência prestada. São Paulo - 2011	90
Figura 35	Distribuição das respostas da proposição: Há relatos de insatisfação, por parte dos clientes, com os materiais utilizados durante os procedimentos. São Paulo - 2011	91

- Figura 36** Distribuição das respostas da proposição: Ocorre manipulação de equipamentos de forma equivocada, pois as instruções não estão em português. São Paulo - 2011 92
- Figura 37** Distribuição das respostas da proposição: As insatisfações manifestadas pelos clientes referentes à demora no atendimento de enfermagem não se deve ao número reduzido de trabalhadores. São Paulo – 2011 93
- Figura 38** Distribuição das respostas da proposição: A equipe de enfermagem deixa de cometer falhas nos procedimentos ao consultar as instruções gerais (IGs). São Paulo - 2011 94
- Figura 39** Distribuição das respostas da proposição: As instruções de trabalho (ITRs) propiciam a qualidade assistencial devido a sua clareza. São Paulo - 2011 95
- Figura 40** Distribuição das respostas da proposição: As monitorias dos procedimentos de enfermagem contribuem para a diminuição de não conformidades. São Paulo - 2011 96
- Figura 41** Distribuição das respostas da proposição: A eficácia das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem fica comprometida em virtude da área física. São Paulo - 2011 97
- Figura 42** Distribuição das respostas da proposição: Os treinamentos realizados para a equipe de enfermagem propiciam atualização profissional. São Paulo - 2011 98
- Figura 43** Distribuição das respostas da proposição: Os indicadores demonstram satisfação dos clientes em relação aos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem. São Paulo - 2011 99
- Figura 44** Distribuição das respostas da proposição: Os resultados dos indicadores não são divulgados, periodicamente, para a equipe de enfermagem. São Paulo - 2011 100

Figura 45	Distribuição das respostas da proposição: A equipe de enfermagem sente-se insegura no exercício de suas atividades devido às condições oferecidas pela instituição. São Paulo - 2011	101
Figura 46	Distribuição das respostas da proposição: Há relatos de queixas, por parte dos clientes, referente à sua segurança. São Paulo - 2011	102
Figura 47	Distribuição das respostas da proposição: Os indicadores de satisfação dos clientes demonstram que os mesmos sentem-se acolhidos durante a sua permanência na instituição. São Paulo - 2011	103
Figura 48	Distribuição das respostas da proposição: A instituição é reconhecida pela atitude ética de seus trabalhadores. São Paulo - 2011	104
Figura 49	Distribuição das respostas da proposição: A equipe de enfermagem demonstra satisfação com a qualidade do atendimento que presta ao cliente. São Paulo - 2011	105
Figura 50	Comparação dos escores de avaliação das dimensões de estrutura, processo e resultado pela equipe de enfermagem, coordenadores de enfermagem e auxiliares e técnicos de enfermagem. São Paulo - 2011	108

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela 1	Caracterização dos profissionais de enfermagem uma empresa privada de medicina diagnóstica de acordo com a idade, os tempos de formação, na função e na instituição. São Paulo - 2011	59
Tabela 2	Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem de acordo com as áreas específicas da atuação de enfermagem em MD. São Paulo – 2011	60
Tabela 3	Distribuição dos valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores atribuídos pela equipe de enfermagem nas dimensões de estrutura, processo e resultado. São Paulo – 2011	106
Tabela 4	Distribuição dos valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores atribuídos pelos coordenadores de enfermagem nas dimensões de estrutura, processo e resultado. São Paulo – 2011	107
Tabela 5	Distribuição dos valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores atribuídos pelos auxiliares e técnicos de enfermagem nas dimensões de estrutura, processo e resultado. São Paulo – 2011	107

LISTA DE QUADROS

Pág.

Quadro 1	Conceituação das dimensões de estrutura, processo e resultado do Modelo Avaliativo Donabedian, São Paulo - 2011	39
Quadro 2	Proposições empregadas no questionário deste estudo referente à dimensão de estrutura. São Paulo - 2011	51
Quadro 3	Proposições empregadas no questionário deste estudo referente à dimensão de processo. São Paulo - 2011	52
Quadro 4	Proposições empregadas no questionário deste estudo referentes à dimensão de resultado. São Paulo – 2011	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
1.1	Justificativa do estudo	23
1.2	Medicina diagnóstica e a inserção do processo de trabalho da equipe de enfermagem.....	25
1.3	Referencial teórico: Modelo Donabediano na qualidade e avaliação de serviços de saúde	34
2	OBJETIVOS	44
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	46
3.1	Tipo de estudo	46
3.2	Local do estudo	46
3.3	População/amostra.....	46
3.4	Aspectos éticos	47
3.5	Coleta de dados	47
3.5.1	Instrumento de coleta de dados.....	48
3.5.2	Operacionalização da coleta de dados.....	54
3.6	Organização apresentação e análise dos dados.....	54
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	56
4.1	Fidedignidade do instrumento	56
4.2	Caracterização dos participantes	56
4.3	Análise da assistência de enfermagem baseada na tríade Donabediana	61
4.4	Escore de favorabilidade das três dimensões avaliativas	106
5	CONCLUSÕES.....	110
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117

REFERÊNCIAS	120
-------------------	-----

APÊNDICES.....	132
----------------	-----

INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O gerenciamento dos serviços de saúde e de enfermagem tem como objetivo a organização do trabalho e dos recursos, visando desenvolver, como produto final, uma assistência com segurança, humanização e qualidade.

No período de 1995 a 1998, durante o curso de graduação na Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), tive a oportunidade de inserir-me em diferentes cenários da área da saúde, o que me proporcionou vivenciar a pluralidade dessa área e aplicar os conhecimentos técnico-científicos e ético-políticos adquiridos até então.

Essa formação aproximou-me da temática gerenciamento da assistência de enfermagem, sendo possível apreender que os conhecimentos aliados à experiência profissional embasavam os gestores das áreas nas quais atuei e vinha ao encontro da trajetória profissional que imaginava percorrer.

Dessa forma, iniciei minha atividade profissional na rede hospitalar privada de assistência à saúde, passando, posteriormente, a atuar em uma empresa de medicina diagnóstica (MD), onde me deparei com um grande desafio. Como coordenadora de enfermagem em MD, além da atuação técnica, respondia pelo gerenciamento dos recursos humanos de enfermagem, dos recursos materiais e equipamentos, de custos, bem como pela manutenção da excelência técnica e da qualidade do atendimento oferecido aos usuários desse serviço.

Assim, o interesse pelo tema relativo à qualidade da assistência de enfermagem em MD tornou-se imperativo, visto que se trata de um segmento do setor de saúde que utiliza um grande arsenal tecnológico e busca, constantemente, a excelência e a confiabilidade dos resultados, cujo processo de trabalho, inicia-se, muitas vezes, com os profissionais de enfermagem.

Esse interesse consolidou-se quando tive a oportunidade de trabalhar diretamente com a gerência de enfermagem dessa instituição, a qual me estimulou a estudar, construir e monitorar indicadores de qualidade que

conseguissem, efetivamente, demonstrar a realidade da prática de enfermagem em MD.

Na referida instituição, como uma política de divulgação e de envolvimento dos trabalhadores, os resultados dos indicadores são compartilhados e discutidos com os coordenadores de enfermagem, cabendo-lhes propagá-los para a equipe, a qual contribui, em parte ou totalmente, para o resultado final de cada um dos processos avaliados.

Entretanto, uma de minhas inquietações dizia respeito ao quanto os resultados desses indicadores, que refletem a qualidade da assistência prestada, eram, realmente, conhecidos e apreendidos pela equipe de enfermagem, propiciando o seu envolvimento e, conseqüentemente, maior participação no processo de trabalho. Questionava-me, também, se a mensuração da qualidade através dos indicadores implementados abrangia a totalidade da assistência de enfermagem prestada em MD.

Com a finalidade de elucidar minha indagação, considerei necessário adquirir conhecimentos específicos. Para tanto, ingressei no grupo de pesquisa Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e também procurei discutir com meus pares tal preocupação. A participação nesse grupo e a necessidade de responder ao questionamento exposto motivaram-me a buscar a Pós Graduação *Stricto Sensu* – nível mestrado, na qual ingressei em 2009.

Por conseguinte, esta pesquisa retrata a problemática descrita, com a finalidade de encontrar elementos que subsidiem o conhecimento da percepção da equipe de enfermagem quanto à assistência prestada na citada organização de MD.

1.2 MEDICINA DIAGNÓSTICA E A INSERÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A evolução da ciência atrelada ao avanço tecnológico trouxe consigo a necessidade da medicina buscar métodos diagnósticos cada vez mais sensíveis e precisos, surgindo, assim, uma especialidade denominada Medicina Diagnóstica (MD). O termo MD é normalmente utilizado em serviços que oferecem, além dos exames de análises clínicas, exames de imagem e métodos gráficos. Entretanto, os termos Laboratório Clínico ou de Análises Clínicas também são utilizados para denominar tais organizações.

O conceito de MD vem sendo adotado na última década em substituição ao termo “Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica” (SADT). A MD envolve as atividades de laboratório clínico, imaginologia ou medicina por imagem, as atividades de cardiologia diagnóstica e inúmeras outras áreas que realizam exames com fins diagnósticos (Auriemo e Rosenfeld, 2006).

Nessa perspectiva, Campana, Faro e Gonzalez (2009) consideram a MD como um conglomerado de especialidades direcionadas à realização de exames complementares, contribuindo em toda a cadeia de saúde: prevenção, diagnóstico, prognóstico e acompanhamento terapêutico. Desse conglomerado participam o laboratório de patologia clínica ou medicina laboratorial, anatomia patológica, radiologia e imagem e outras especialidades que, em conjunto, são denominados centro de diagnósticos.

Esses autores descrevem que a atividade das instituições de MD é pluralizada, com atuação na prestação de serviços, com impacto na qualidade do atendimento prestado com foco principal no usuário e, também, como empresa de produtos, fornecendo informações (laudos) para a comunidade médica.

Para Becker (2004), a informação é o principal produto de um laboratório e esta se materializa no laudo do exame, cuja informação deve ser capaz de satisfazer, essencialmente, as expectativas do usuário e as necessidades ou investigação médica.

Knottnerus, Weel e Muris (2002) descrevem que a investigação por meio de exames diagnósticos tem por objetivo detectar ou excluir doenças, avaliar prognóstico, monitorar o tratamento adotado, avaliar o estado geral de saúde (exames admissionais) e, ainda, avaliar a forma física, a fim de iniciar ou melhorar o desempenho em atividades esportivas.

Auriemo, Rosenfeld (2006) e Andriolo (2007) citam que o laboratório clínico influencia de 60% a 70% nas decisões críticas, as quais incluem a admissão, o diagnóstico, o estadiamento, o prognóstico, o tipo de terapia mais adequado, a resposta ao tratamento e o critério de cura. O laboratório clínico ainda contribui para a definição do estado de saúde e a determinação de fatores de risco para um número crescente de doenças.

Desta forma, o laboratório clínico deve garantir, através de sistemas eficientes de controle, resultados confiáveis e com qualidade, pois munidos com os seus resultados, os profissionais da saúde tomam decisões cruciais, algumas urgentes e irreversíveis (Motta, Corrêa e Motta, 2001).

Segundo Sannazzaro (1993), os exames laboratoriais como métodos auxiliares de diagnóstico médico surgiram a partir da metade do século XIX, em decorrência do progresso da medicina e das áreas de microbiologia, citologia e bioquímica. Esse mesmo autor descreve que com o avanço da ciência, o campo de trabalho dos laboratórios de análises clínicas ampliou-se, com técnicas mais rápidas e precisas, assegurando um papel relevante no conceito dualista de prevenir a doença e promover e recuperar a saúde.

De acordo com Mugnol e Ferraz (2006), o laboratório clínico é uma instituição que sofreu infinitas modificações para acompanhar a evolução tecnológica do século XX, refletindo a rapidez e a confiabilidade nos dias atuais.

Concomitante à evolução dos laboratórios de análises clínicas, ocorreu o desenvolvimento da imagem diagnóstica. Dias *et al* (1996), cita que a descoberta do Raio X, no final do século XIX, e sua aplicação com fins diagnósticos no início do século XX, constituíram um marco importante na história da medicina e impulsionou a busca de outros métodos diagnósticos por imagem, surgindo, assim, a ultrassonografia, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, entre outros.

Para Nischimura, Potenza e Cesaretti (1999), a unidade de radiodiagnóstico é a área onde se concentram equipamentos concernentes ao uso de raios X para fins diagnósticos, que conta com desenvolvimento técnico-científico de ponta e permite eficiência no processo de diagnóstico e, conseqüentemente, na escolha do melhor tratamento ao usuário.

Radvany (2004) relata que é imensurável a importância do desenvolvimento da tomografia computadorizada, que teve seu primeiro protótipo construído em 1968, assim como a ressonância magnética representa um avanço na tecnologia diagnóstica, na medida em que auxilia os diagnósticos médicos e o acompanhamento dos seus tratamentos.

Os testes laboratoriais e diagnósticos são instrumentos para se obter informações adicionais, não sendo, por si só, terapêuticos. Entretanto, associados à história e ao exame físico, podem confirmar diagnóstico, fornecer informações úteis sobre as condições ou resposta ao tratamento daquele usuário submetido a tais testes (Fischbach, 1998).

Por isso, os exames de laboratório, imagem ou métodos gráficos destinam-se à complementação diagnóstica e assumem importância considerável na prevenção ou no tratamento adotado pelos profissionais de saúde.

Taffner (2005) refere que a MD surgiu com o avanço da tecnologia decorrente de pesquisas científicas, as quais impulsionaram a medicina a buscar alternativas mais confiáveis que permitissem o diagnóstico através de exames e técnicas menos invasivas e desconfortáveis.

Nesse sentido, o trabalho desenvolvido em MD vem passando por intenso aperfeiçoamento, observando-se que, cada vez mais, são introduzidos métodos mais eficazes, por meio da automatização, para atender melhor à crescente demanda por esses exames.

Assim, Capilheira e Santos (2006) consideram que a tecnologia aplicada à saúde proporciona diversas opções de exames para investigação diagnóstica, cabendo ao profissional de saúde agregar as informações fornecidas pelos exames diagnósticos ao conhecimento para determinar a relação de causa e efeito oriunda do processo saúde-doença.

Flores (2005) afirma que é ético e moderno alicerçar decisões clínicas em evidências científicas, criteriosamente definidas, em bases epidemiológicas e estatísticas, considerando, ainda, os exames diagnósticos como valiosa ferramenta que os profissionais da saúde lançam mão para aliar ao seu juízo e conhecimento prévio e subsidiar a tomada de decisão.

Em contrapartida, há que se destacar a banalização, nas últimas décadas, do mero emprego de exames diagnósticos, por parte de uma parcela de profissionais de saúde, na medida em que eles se preocupam mais com tais recursos do que com seu envolvimento em relação ao usuário, suas queixas e necessidades.

Acredita-se que os recursos provenientes da MD representam importante ferramenta no processo decisório, auxiliando os profissionais de saúde, pois contribui com maior confiabilidade e agilidade na investigação das condições de saúde do usuário.

A tecnologia sofisticada na MD trouxe, sobretudo, o aperfeiçoamento dos processos de trabalho, a diminuição das falhas operacionais e a rapidez no resultado, que se traduzem em melhoria da qualidade. Entretanto, esse investimento tecnológico ocorreu, principalmente, na fase do processamento e de análise dos exames e dos equipamentos para obtenção de imagens diagnósticas cada vez mais nítidas.

Para Moura (1998), todo exame de laboratório inicia-se pela coleta. Mas se o processo de coleta não for realizado adequadamente, o resultado final poderá ser comprometido, apesar da tecnologia empregada na análise dos exames. Para um resultado confiável, durante a coleta, é necessário que se saiba selecionar as melhores condições para a obtenção de uma determinada amostra, descrever a lesão de onde foi coletado o material e, ainda, conhecer a estabilidade da amostra coletada sob diferentes condições de conservação e transporte. Após essas etapas, realizadas por inúmeros profissionais, a tecnologia utilizada na análise dos exames poderá garantir a continuidade do processo em grande escala e assegurar o resultado final.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Medicina Laboratorial (2010), o processo para a realização de um exame inicia-se com a indicação do respectivo exame, seguindo da redação da solicitação,

da transmissão de instruções de preparo, da avaliação do atendimento às condições prévias, do procedimento de coleta, acondicionamento e transporte da amostra até o momento em que o exame será, efetivamente, realizado.

Nessa direção, observa-se que nos serviços de MD, um grande número de profissionais, com diferentes formações, focos de interesse e grau de envolvimento, desenvolve ações sequenciais no processo de realização de um exame, incluindo-se a equipe de enfermagem.

Koch *et al.* (1996) e Silva (2004) afirmam que a coleta de exames laboratoriais é uma das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem e que contribui para a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Entretanto, outros profissionais atuam nesse mesmo segmento de trabalho em saúde, como o técnico de laboratório e de patologia clínica, que tem como objeto de trabalho a obtenção e processamento das amostras, com ênfase na técnica. A enfermagem, por sua vez, tem seu objeto de trabalho centrado na atividade cuidativa, permeada pelo reconhecimento das necessidades e das expectativas do usuário.

A atuação da enfermagem em MD ocorre na fase que compreende, principalmente, a assistência/preparo do usuário para a realização de exames específicos de imagem e métodos gráficos e a coleta de amostras biológicas. Trata-se da atividade operacional que produz a matéria-prima para ser processada e analisada. Cabe salientar que se esta atividade não for bem realizada, poderá comprometer o restante do processo, repercutindo, inclusive, no resultado final.

A obtenção de uma amostra biológica de boa qualidade ou o sucesso na realização de exames diagnósticos requer conhecimento específico do profissional de enfermagem, tais como: orientação e preparo do usuário para o exame, técnica de coleta/punção venosa, utilização de materiais apropriados, acondicionamento e transporte da amostra, injeção de contrastes, entre outros.

Taffner (2005) descreve que os profissionais de enfermagem devem prestar um atendimento integral, sem limitar-se ao biológico, devendo estar preparados para lidar com os sentimentos que resultam da história pessoal e

da preocupação com o resultado do exame no qual o usuário está sendo submetido.

Sob essa ótica, pode-se afirmar que a assistência de enfermagem em MD objetiva reconhecer as necessidades do usuário, prepará-lo física e emocionalmente para o procedimento e prestar-lhe cuidados antes, durante e após a realização do mesmo (Nischimura, Potenza e Cesaretti, 1999).

Malarkey (1996) refere que a interação entre o usuário e a enfermagem varia de acordo com a complexidade do teste ou do procedimento diagnóstico. As coletas de material biológico, de modo geral, requerem orientação para o preparo pré-exame e técnica adequada para a coleta, acondicionamento e transporte dessas amostras. Contudo, os procedimentos diagnósticos exigem maior interação entre o usuário e o profissional de enfermagem, particularmente quando o procedimento é invasivo.

A equipe de enfermagem desempenha papel relevante na prestação da assistência ao usuário que necessita de exames diagnósticos, preparando-o física e emocionalmente e atuando antes, durante e depois do procedimento, visando à qualidade da assistência e o resultado final do exame (Marinho, 2010).

A aplicação dos processos de trabalho da enfermagem nos cuidados diretos ou indiretos ao usuário envolve a dimensão física e a psicossocial, além da preocupação com a segurança e a acurácia em todas as fases dos procedimentos diagnósticos, denominadas: pré-exame, fase do exame e fase pós-exame, conforme Figura 1.

Figura 1 - Aplicação do processo de enfermagem em cada fase dos testes diagnósticos. São Paulo - 2011

Fonte: Malarkey LM. Nurse's manual of laboratory tests and diagnostics procedures.

Philadelphia:W.B Saunders Company; 1996.

Nesse âmbito, a enfermagem atuante em MD presta assistência no período denominado *fase pré-exame*, fornecendo informações ao usuário, bem como coletando informações importantes que nortearão as condutas durante a realização dos procedimentos; na *fase do exame*, realizando atividades específicas ou colaborando com outros profissionais em procedimentos através do seu conhecimento técnico-científico; e na *fase pós-exame*, avaliando o estado geral e orientando o usuário quanto aos cuidados oriundos do procedimento realizado.

Para Juchem (2005), a equipe de enfermagem desempenha importante papel no Serviço de Tomografia Computadorizada, atuando no cuidado ao usuário antes do exame, ao investigar os fatores de risco para as reações adversas e assegurar um acesso venoso para injeção do contraste; durante o exame, administrando o contraste e detectando precocemente sinais de reações adversas ou extravasamento do contraste, e após o exame, atuando na detecção e tratamento dos efeitos indesejáveis do meio de radiopaco, avaliação e liberação do usuário.

De acordo com Dantas, Suto e Hernandes (2009), a assistência de enfermagem no segmento de MD desenvolve-se em diversas instâncias do atendimento: assegura que o usuário seja devidamente informado sobre o

procedimento; obtém o seu consentimento; identifica fatores de risco aos fármacos que serão administrados e possíveis reações adversas; realiza o controle hemodinâmico nos procedimentos mais invasivos que necessitam desse cuidado ou, simplesmente, utiliza medidas de conforto ao usuário nos exames que exigem o mesmo posicionamento por períodos prolongados.

Quando se pensa no papel do enfermeiro em uma unidade de MD, a competência técnica é evidenciada, pois cabe a esse profissional assegurar, em parte, a qualidade do exame diagnóstico ou da amostra biológica coletada. Todavia, a atuação do enfermeiro transcende a competência técnica, estando relacionadas, também, às competências gerenciais e educacionais.

Para Teixeira *et. al* (2006), a atividade educativa é uma das competências do enfermeiro, sendo de sua responsabilidade planejar e desenvolver programas educativos em saúde, de modo a atender às necessidades e às expectativas dos usuários que assiste.

Corroborando, Taffner (2005) relata que o enfermeiro em MD exerce atividades voltadas ao gerenciamento dos cuidados, da equipe e dos serviços, estabelecendo condições para que auxiliares e técnicos de enfermagem executem atividades que lhes competem e que lhes são legalmente atribuídas.

Com o desenvolvimento tecnológico e com a modernização de procedimentos vinculados à necessidade de estabelecer maior controle dos processos de trabalho, o enfermeiro assumiu, cada vez mais, atribuições administrativas, afastando-se gradativamente do cuidado direto com o usuário, que passou a ser praticado, prioritariamente, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. No entanto, independente do uso da alta tecnologia, cabe ao enfermeiro manter a assistência de enfermagem humanizada, elencada nas necessidades e expectativas do usuário (Tanji e Novakoski 2000; Barra *et al.*, 2006).

De modo geral, os procedimentos menos complexos, como punção venosa, coleta de urina e de secreções, auxílio nos procedimentos e administração de contraste, são executados pelos profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) sob supervisão do enfermeiro,

sendo privativa desse profissional a punção arterial, de cateteres de longa permanência ou totalmente implantados, considerados procedimentos complexos. Cabe, também, ao enfermeiro o acompanhamento de usuários clinicamente instáveis ou portadores de doenças previamente conhecidas, as quais podem agravar-se durante os procedimentos diagnósticos, bem como o atendimento nas emergências que eventualmente ocorrem na unidade de MD.

Essa divisão do trabalho da enfermagem em MD observa a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências, descrevendo as atividades privativas do enfermeiro, entre elas o cuidado direto de enfermagem com pacientes graves com risco de vida e cuidados de maior complexidade que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Atrelado a esse contexto, vale ressaltar que cabe ao enfermeiro desenvolver e capacitar a equipe de enfermagem para prestar um atendimento seguro, integral, acolhedor e sensível, para perceber que o usuário e sua família podem reagir em razão da preocupação com o procedimento, com o resultado do exame, com o diagnóstico e com o possível tratamento.

Para Sábia e Ciampone (2006), os enfermeiros que atuam em MD têm como objetivo principal fazer com que o usuário e sua família sintam-se seguros, desde o preparo para o exame até a sua realização. Essa segurança é transmitida por meio de informações claras, objetivas e precisas e de um atendimento acolhedor.

Assim, o trabalho de enfermagem diferencia-se dos demais trabalhos e áreas de prestação de serviços em saúde, uma vez que a equipe de enfermagem dedica-se diretamente ao atendimento das necessidades dos indivíduos ou de grupos sociais que apresentam demandas ou necessidades relacionadas ao processo saúde-doença (Sábia, 2009).

Conforme Sannazzaro e Coelho (1996), a qualidade em MD pode ser definida pela oferta de um serviço de auxílio diagnóstico apropriado, que satisfaz as necessidades do usuário e suas expectativas.

Dessa maneira, visando legitimar a sua atuação nos serviços de MD, bem como sua importância e contribuição, a enfermagem percebe, reconhece e preocupa-se com a necessidade de mensurar e evidenciar a qualidade da sua prática profissional.

Entretanto, a preocupação em mensurar a qualidade da assistência de enfermagem em MD é incipiente, pois a atuação da enfermagem, nesse segmento, ainda não está consolidada e reconhecida, diferentemente do contexto de atenção primária e hospitalar, no qual a enfermagem está historicamente inserida.

Frente ao exposto, surgiu a necessidade de verificar se a equipe de enfermagem atuante em uma determinada instituição de MD reconhece e valoriza o resultado final do cuidado prestado, além de identificar os fatores que permeiam a qualidade da assistência de enfermagem.

Para tanto, tornou-se necessário o emprego de um referencial teórico que embasasse este trabalho, tendo-se optado pelo modelo Donabediano para avaliar as práticas da enfermagem em MD, após considerar que esse modelo amplia a abrangência do conceito de qualidade para além do plano individual, propiciando a avaliação da interação entre o comportamento individual e os componentes de estrutura, processo e resultado dentro do contexto sócio-político-cultural em que indivíduos-usuários de serviços de saúde em MD estão inseridos.

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO: MODELO DONABEDIANO NA QUALIDADE E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A busca pela qualidade de produtos e serviços abrange todas as esferas dos setores produtivos, sejam públicas ou privadas.

Inúmeros significados têm sido atribuídos à palavra qualidade. Alguns autores a identificam de conformidade a determinadas especificações e padrões e outros a relacionam ao atendimento das necessidades do usuário (Barbosa, 2007).

Mezomo (2001), entretanto, define qualidade como um conjunto de propriedades de um serviço ou produto que o tornam adequado à missão de

uma organização concebida como resposta às necessidades e expectativas de seus usuários.

De acordo com Kluck *et al* (2002), Adami e Yoshitome (2003) e Mota, Melleiro e Tronchin (2007), na saúde a busca pela qualidade da atenção dos serviços deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se um imperativo técnico e social, decorrente de inúmeros fatores, como a sociedade mais consciente dos seus direitos, exigindo qualidade nos serviços prestados e comprometimento das instituições; o incremento das demandas por cuidados; além das reivindicações por parte dos profissionais de saúde que almejam condições dignas e éticas de trabalho.

Assim, atualmente, num mercado cada vez mais competitivo, a qualidade é um pré-requisito para sobrevivência, exigindo que as empresas ofereçam produtos e serviços com padrões cada vez melhores, sendo indispensável no processo de produção e na oferta de serviços (Polizer e D’Innocenzo, 2006; Cucolo e Perroca, 2010).

Souza (2006) descreve que a busca pela qualidade é de vital importância, uma vez que a qualidade dos produtos e serviços é avaliada através da satisfação dos usuários, fator determinante da sobrevivência de uma organização. Para a autora, nos serviços de saúde não é diferente, principalmente ao considerar que a informação e o conhecimento estão globalmente disseminados; a qualidade é um elemento diferenciador na prestação de serviços, sendo decisivo o momento em que o usuário recebe a assistência do profissional, pois percebe e avalia a qualidade do serviço prestado.

Monte, Adami e Barros (2001) relatam que nos serviços de saúde, a qualidade não deveria ser vista como uma substância ou um objeto estático, pois é resultante das formas inerentes ao processo de produção dos serviços. Assim, devem-se considerar os esforços para assegurar a qualidade da assistência prestada, atendendo às necessidades e expectativas do usuário como um constante desafio.

A qualidade nos serviços de saúde pode ser entendida como uma busca constante de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, conduzindo à melhoria dos processos e resultados visando às

conformidades frente aos órgãos reguladores e à satisfação dos usuários (D'Innocenzo, Adami e Cunha, 2006 e Feldman e Cunha, 2006).

Objetivamente, a medida de qualidade pode ser facilmente aplicada a produtos manufaturados, entretanto, avaliar qualidade dos serviços exige maior esforço, sobretudo, os serviços relacionados à saúde, visto que assim como os serviços correlatos, não são totalmente previsíveis como as ciências exatas (Sannazzaro e Coelho, 1996).

Nos serviços de saúde, a qualidade deve ser enfatizada, uma vez que produto/serviço é consumido durante a sua realização, tornando-o diferente da produção de bens, em que é possível separar o produto com defeito, sem maiores consequências, exceto a perda de matéria-prima e o retrabalho (Silva, 1996 *apud* Tronchin, Melleiro e Takahashi, 2010, p. 72).

Corroborando com essa assertiva, Bonato (2007) refere que a interação entre todos os recursos da instituição afetam o desempenho organizacional, mas são as ações humanas que determinam esse processo, uma vez que tais ações configuram a relação que é construída no exato momento da realização, caracterizando o produto da assistência à saúde como intangível, pois não é possível tocá-lo ou armazená-lo.

A avaliação dos serviços pode ser considerada como uma ferramenta para gestão e tomada de decisão, visando torná-la mais racional e efetiva na alocação de recursos de forma adequada (Bosi e Uchimura, 2006).

De acordo com Junqueira e Auge (1995), em geral, a qualidade dos serviços é considerada sob o ponto de vista do usuário. No entanto, o desempenho dos serviços de saúde depende da atuação do profissional, do seu compromisso com a organização, com os usuários e com o resultado da atividade que desenvolve.

Portanto, ao discutir qualidade como produto do trabalho humano, faz-se necessário compreender as pessoas e suas percepções acerca dos fenômenos organizacionais, buscando valorizá-las e incluí-las no processo de mudança para a melhoria da qualidade dos serviços (Adami e Yoshitome, 2003).

O serviço de enfermagem que integra as instituições de saúde enfrenta o desafio de garantir a qualidade assistencial, atendendo às

necessidades e demandas dos usuários, internos e externos, de maneira eficiente e eficaz, sendo, portanto, imprescindível obter dados referentes à percepção da equipe de enfermagem envolvida na assistência, considerando que a melhoria da qualidade depende, em grande parte, do compromisso e comprometimento desses profissionais (Yuri e Tronchin, 2010).

Segundo D'innocenzo, Adami e Cunha (2006), desde que teve início o atendimento hospitalar, pôde-se identificar uma preocupação com a qualidade, por parecer pouco provável o fato de alguém atuar sobre a vida de seu semelhante sem manifestar a intenção de fazê-lo com a melhor qualidade possível.

Toda instituição, cuja missão essencial é assistir o ser humano, preocupa-se com a melhoria constante do atendimento, objetivando atingir uma relação harmônica entre as áreas: administrativa, tecnológica, econômica, assistencial, de ensino e de pesquisa (Kurcgant, Tronchin, Melleiro, 2006).

Para Mezomo (2001), a qualidade pode existir no fato e na percepção. Muitos serviços, produtos e informações podem ser avaliados, tanto em termos de fato, como da percepção. A qualidade no fato é normalmente julgada por profissionais com medidas quantitativas.

Contudo, Nogueira (1994) afirma que a avaliação da qualidade é formada por uma multiplicidade de juízos sobre as propriedades de um produto ou serviço, sendo que o juiz é primariamente o consumidor, tendo os técnicos e especialistas uma função coadjuvante.

Avedis Donabedian, médico libanês radicado nos Estados Unidos, estudou sistematicamente, nas décadas de 80 e 90, a avaliação da qualidade da atenção à saúde, expandindo, posteriormente, para avaliação dos serviços. Introduziu o conceito de estrutura, processo e resultado que constituem o paradigma dominante da avaliação da qualidade da atenção à saúde (Frenk, 2000).

A qualidade da atenção à saúde é difícil de ser definida e envolve alguns critérios, determinados em forma de juízo de valor, que podem ser

aplicados a distintos aspectos, propriedades, componentes ou alcances desse tipo de atenção (Donabedian, 1966).

Assim, a qualidade percebida pode ser considerada a partir das referências dos sujeitos envolvidos que atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos, de acordo com suas preferências, necessidades e expectativas individuais e sociais (Donabedian, 1984).

Partindo desse princípio, o cerne da avaliação é a expressão do juízo de valor através de parâmetros desejáveis para cada objeto a ser avaliado, o que pode ficar na subjetividade individual do avaliador ou na consensualidade dos peritos e nos entendimentos de cada objeto a ser avaliado (Carvalho, Rosemburg e Buralli, 2000).

Nessa direção, Donabedian (1978) atribuiu três dimensões para a qualidade: o conhecimento técnico-científico, referindo-se à resolução das necessidades do usuário; relações interpessoais, que dizem respeito ao relacionamento que se estabelece entre o prestador de serviços e o usuário, e ambientais, relativa às condições do local onde são realizados os cuidados, desde as comodidades oferecidas até a organização dos processos de trabalho.

De acordo com Donabedian (1984), a avaliação no setor de saúde não se restringe à verificação dos objetivos propostos, tendo em vista que estes objetivos também devem ser constantemente avaliados com o propósito de conferir se atendem à definição social e se contemplam às expectativas dos responsáveis da área e dos usuários desse serviço.

Ainda segundo o autor, a qualidade da assistência não é um atributo abstrato, ao se considerar que é construída pela avaliação assistencial, abrangendo a análise dos componentes da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados dos mesmos.

Para Donabedian (1985; 1988), as dimensões de qualidade podem ser vistas em cada contexto em que estiverem inseridas pela identificação de critérios apropriados para cada situação, dando conta das suas especificidades e, ao mesmo tempo, mantendo uma lógica entre si, pois

apresentam uma interdependência e um movimento que vai do local ao mais global.

O Quadro 1 sintetiza a tríade que compõe a avaliação em saúde, proposta por Donabedian (1969;1980).

Quadro 1– Conceituação das dimensões de estrutura, processo e resultado do Modelo Avaliativo Donabediano. São Paulo - 2011

COMPONENTES	CONCEITO
ESTRUTURA	Compreende a parte física de uma instituição, os recursos humanos, instrumentais, equipamentos, recursos financeiros e a estrutura organizacional.
PROCESSO	Caracterizado pelas atividades de cuidados realizadas ao usuário, técnicas operacionais e relações que envolvem profissionais de saúde e usuários.
RESULTADO	Produto final da assistência prestada, considerando saúde e satisfação do usuário em relações aos padrões e expectativas;

Fonte: Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: exploration in quality: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press; 1980. V.1.

Assim, considera-se o componente estrutura referente aos itens usualmente relacionados aos recursos que compreendem a instituição, relativamente estáveis, disponíveis para alcançar uma determinada finalidade e a estrutura organizacional. O processo denota os procedimentos empregados e o desenvolvimento das atividades dos profissionais envolvidos na prestação de serviços ao usuário. O resultado caracteriza-se pela consequência das atividades realizadas; é a demonstração da combinação de fatores do meio ambiente, da estrutura e do processo.

Ao medir o resultado da assistência prestada, é indispensável contemplar a importância da estrutura e do processo, uma vez que esses refletem na qualidade como um todo (Donabedian, 1969; 1980; 1988).

Destaca-se que os componentes estrutura, processo e resultado são independentes, todavia, interagem entre si e com o comportamento individual dentro do contexto sócio-político-cultural em que está inserido.

Ampliando o conceito de qualidade, Donabedian (1990) descreveu os Sete Pilares da Qualidade:

Eficácia: capacidade de se produzirem melhorias, significando o melhor que se pode fazer, de acordo com o estado do usuário;

Efetividade: grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, atinge o nível de melhoria da saúde, cujo estado de eficácia tenha estabelecido como aceitável;

Eficiência: medida do custo com o qual certa melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado forem igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;

Otimização: é o emprego da relação custo benefício na assistência à saúde. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais adições úteis perdem a razão de ser;

Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos usuários e de seus familiares. Depende da efetividade, da eficiência e da otimização, além da acessibilidade do cuidado e das características da relação entre o profissional de saúde e o usuário;

Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma como é visto pela sociedade em geral;

Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável aos indivíduos e legítimos à sociedade.

Para Donabedian (1988; 1992), no setor de saúde, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao paciente e alto grau de satisfação por parte do usuário, considerando os valores sociais existentes. Entretanto, a prestação da assistência à saúde é realizada por grupos heterogêneos de profissionais, com formações educacionais distintas.

Conforme Donabedian (1990), a qualidade do cuidado é julgada pela sua conformidade com um grupo de expectativas ou padrões que derivam

de três fontes: a ciência do cuidado à saúde, que determina a eficácia; os valores e expectativas individuais que determinam a aceitabilidade, bem como valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade. Nessa visão, a qualidade não pode ser inteira e isoladamente julgada em termos técnicos por profissionais da saúde, as preferências de usuários e da sociedade devem ser consideradas.

Portanto, a avaliação no setor de saúde não se restringe à verificação do cumprimento dos objetivos propostos, pois até estes devem ser avaliados. Devem-se estabelecer níveis mínimos e máximos de qualidade e se orientar segundo as prioridades dos prestadores dos serviços, da visão dos usuários ou das prioridades definidas pela sociedade (Donabedian, 1988).

Nessa perspectiva, Novaes (2000) cita que para a construção do processo de avaliação, é necessário estabelecer as principais variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas. Assim, a autora propõe a divisão da avaliação em três tipologias: avaliação de investigação, avaliação para decisão e avaliação para gestão.

A avaliação de investigação refere-se à produção de conhecimento, fornecendo subsídios para a decisão quando esta for colocada em prática e enfoca a identificação do impacto obtido pelas ações a serem avaliadas.

O objetivo na avaliação para decisão é participar dos processos de decisão que produzam respostas para os indivíduos que vivenciam o objeto avaliado.

Na avaliação para a gestão, o foco está na produção de informações que contribuam para o aprimoramento do objeto avaliado.

Neste estudo, foi utilizada a avaliação investigativa, tendo como objeto de estudo a análise da assistência de enfermagem em MD, almejando que os resultados auxiliem na tomada de decisão e na produção de um conhecimento específico.

Diante da explicitação do referencial Donabediano, optou-se pelo seu emprego por acreditar que esse modelo abrange, ao propor a tríade estrutura, processo e resultado, as dimensões que integram o conceito de

avaliação e, conseqüentemente, do alcance da qualidade e excelência da assistência em saúde.

OBJETIVOS

- ❖ Analisar a percepção dos trabalhadores de enfermagem de uma empresa de medicina diagnóstica acerca da qualidade da assistência de enfermagem prestada, considerando-se as dimensões de estrutura, processo e resultado;
- ❖ Conhecer os fatores intervenientes na qualidade dessa assistência sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento exploratório-descritivo.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma empresa privada de Medicina Diagnóstica, que atua no segmento de saúde há mais de 80 anos. Essa instituição tem por missão: Prover soluções cada vez mais completas e integradas para a gestão da saúde e o bem-estar das pessoas, com excelência, humanidade e sustentabilidade*.

Atualmente esta empresa conta com 21 unidades de atendimento, sendo 19 unidades no Estado de São Paulo, 17 unidades localizadas na cidade de São Paulo, uma unidade em Jundiaí (SP) e uma unidade em Campinas (SP), além da unidade de atendimento móvel; uma unidade na cidade do Rio de Janeiro (RJ) e uma unidade na cidade de Brasília (DF).

A referida instituição é certificada pela norma ISO 9001 e 14001, e acreditada pelo College of American Pathologists (CAP) e pelo Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC).

Quanto aos recursos humanos da enfermagem, a empresa conta com 38 enfermeiros, 372 auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam diretamente no atendimento/assistência ao usuário e cinco enfermeiros que atuam em cargo de gerência e consultoria.

3.3 POPULAÇÃO

A população deste estudo foi constituída por todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nas unidades de atendimento do Estado de São Paulo da referida instituição.

* Missão extraída do site da instituição cenário deste estudo. São Paulo, 2011.

Os critérios de exclusão considerados foram:

- ❖ Trabalhadores que estivessem em férias ou afastados por licenças;
- ❖ Trabalhadores que atuassem no Atendimento Móvel, na Promoção de Saúde e na Gerência de Processos de Enfermagem;
- ❖ Trabalhadores contratados há menos de seis meses pela instituição.

Da totalidade dos 203 sujeitos que participaram do estudo, dezenove são coordenadores de enfermagem e 184, auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam nas Unidades de Atendimento da referida instituição.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição e somente após a sua anuência iniciou-se a coleta de dados*.

Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos desta pesquisa, sobre a garantia do sigilo das informações e da voluntariedade na participação. Aos que aceitaram participar do estudo, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), elaborado de acordo com a Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde, 1996), que discorre sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2010, por meio de um instrumento de coleta de dados intitulado: Percepção da

* O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa não foi anexado, devido ao compromisso de sigilo com a instituição pesquisada, contudo encontra-se em poder da pesquisadora, podendo ser solicitado quando necessário.

qualidade da assistência de enfermagem em Medicina Diagnóstica sob a ótica de uma equipe de enfermagem (Apêndice 2).

3.5.1 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário constituído de duas partes, sendo a primeira designada para os dados sócio-demográficos dos participantes e a segunda composta por um instrumento de medida escalar.

A técnica para coleta de dados através do questionário permite a resposta sem a presença do pesquisador, favorecendo o anonimato, que pode ser importante na obtenção de informações sobre comportamento, além de facilitar no caso de amostra geograficamente dispersa (Polit, Becker, Hungler, 2004).

Para esses autores, escala é um dispositivo destinado a atribuir um escore numérico às pessoas e, frequentemente, é incorporado a um questionário. Na escala de Likert, empregada neste estudo, os participantes foram solicitados a indicar o grau em que concordavam ou discordavam da opinião expressa pela afirmação.

De acordo com Pasquali (1996), a escala de Likert objetiva verificar o nível de concordância do indivíduo com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico. Espera-se que os indivíduos que apresentem atitudes favoráveis a determinado tema, possivelmente concordem com itens que expressem algo positivo sobre a questão, e aqueles com atitudes negativas concordem com itens que expressem aspectos desfavoráveis ao tema.

Escala de Likert é concebida para permitir que os sujeitos respondam com graus variados de satisfação a cada item, estabelecendo respostas graduadas para cada afirmação, pois se trata de uma escala intervalar, cuja distância entre as posições é a mesma, e visa medir julgamentos, opiniões, percepções e atitudes (Marconi e Lakatos, 2002 e Polit, Becker, Hungler, 2004).

As proposições do instrumento têm a finalidade de determinar as percepções acerca do objeto de estudo, a fim de identificar posições favoráveis ou desfavoráveis, denominadas como positivas ou negativas.

Assim, neste estudo, a escala de Likert foi proposta com cinco graus, de acordo com a seguinte configuração:

A construção do instrumento foi pautada na revisão da literatura, com ênfase na avaliação da qualidade assistencial, MD e na tríade do modelo Donabedian, o qual abrange os componentes de estrutura, processo e resultado, bem como foram incluídas proposições que traduziam as vivências e preocupações da pesquisadora.

O instrumento foi submetido à validação de conteúdo (Apêndice 3), por meio da análise de especialistas, buscando um consenso intersubjetivo, visto que um instrumento, segundo Polit, Becker, Hungler (2004), possui validade de conteúdo quando os itens que o constituem são representativos do universo teórico que ele pretende representar.

Dessa forma, o instrumento de coleta de dados foi encaminhado a nove juízes especialistas ou com reconhecida experiência nos assuntos relacionados à avaliação da qualidade nos serviços de saúde, à metodologia empregada ou à temática relacionada à MD. Desses nove juízes, três eram professores doutores em enfermagem; dois eram mestres em enfermagem e quatro, especialistas em enfermagem.

A avaliação do instrumento pelos juízes utilizou como parâmetros a clareza, o conteúdo e a pertinência das assertivas em cada uma das dimensões, assim como a necessidade de incluir ou excluir alguma proposição. A escala também foi avaliada em relação a ser efetiva, exequível e suficiente.

Obteve-se retorno de todos os instrumentos de validação pelos juízes, sendo que as sugestões propostas foram analisadas e acatadas. Todavia, em virtude das pequenas alterações realizadas, não houve necessidade de o instrumento retornar aos juízes.

Assim, o instrumento foi constituído de 45 proposições, sendo quinze referentes à dimensão de estrutura, quinze de processo e quinze de resultado.

O pré-teste do instrumento foi realizado com um grupo de onze participantes, composto por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, com a finalidade de assegurar a compreensão, identificar possíveis falhas e proceder à reformulação do instrumento, caso necessário.

Todos os questionários do pré-teste foram devolvidos e não houve necessidade de realizar alterações devido à compreensão dos participantes em relações às proposições do instrumento. Esses participantes foram excluídos da população do estudo.

Também foi feita a avaliação de consistência interna, que diz respeito ao emprego adequado da escala, considerada confiável e segura quando produz resultados semelhantes ao ser respondida por um mesmo indivíduo mais de uma vez ou, ainda, quando produz resultados coerentes ao ser respondida por duas ou mais pessoas.

Essa medida é dada pelo Alpha de Cronbach, uma correlação entre os coeficientes que se deriva da correlação média de todos os itens da escala (covariância média). O valor do Alfa varia de 0 a 1, entretanto, os pesquisadores geralmente consideram satisfatório o valor superior a 0,7. O resultado do Alpha de Cronbach encontra-se descrito no item 4.

Os Quadros 2, 3 e 4 demonstram a distribuição das proposições nas dimensões de estrutura, processo e resultado e a classificação de cada proposição em relação ao atributo de positiva (P) ou negativa (N).

Quadro 2 – Proposições empregadas no questionário deste estudo referente à dimensão de estrutura. São Paulo - 2011

PROPOSIÇÕES	ATRIBUTO
1 Os materiais disponibilizados para a realização de exames são adequados aos procedimentos realizados.	P
2 Os equipamentos que utilizo durante minhas atividades são de difícil manuseio.	N
3 O número de trabalhadores na equipe de enfermagem é suficiente para o número de atendimentos prestados.	P
4 As instruções gerais (Igs) não possuem informações atualizadas.	N
5 As instruções de trabalho (ITRs) são suficientemente detalhadas.	P
6 O mobiliário da unidade não é adequado para atender, com segurança, as necessidades dos clientes.	N
7 A área física em que atuo não propicia o bom andamento do processo de trabalho da equipe de enfermagem.	N
8 A equipe de enfermagem é capacitada para atuar nos procedimentos.	P
9 As salas de exames não propiciam privacidade ao cliente.	N
10 No meu local de trabalho há um espaço para divulgação de informações de interesse da equipe de enfermagem.	P
11 A instituição disponibiliza equipamentos de proteção individual (EPI) aos seus trabalhadores.	P
12 Na instituição em que atuo não existem protocolos referentes à segurança do cliente.	N
13 Os fluxos propostos para o atendimento na instituição visam o acolhimento dos clientes.	P
14 O sistema de informação da instituição permite acesso dos trabalhadores aos dados sigilosos do cliente.	N
15 A instituição disponibiliza um canal de comunicação entre os trabalhadores e a diretoria.	P

Quadro 3 – Proposições empregadas no questionário deste estudo referente à dimensão de processo. São Paulo - 2011

PROPOSIÇÕES	ATRIBUTO
1 A realização dos os procedimentos padronizados é dificultada pelos materiais disponibilizados.	N
2 A equipe de enfermagem manuseia com facilidade os equipamentos, mesmo quando suas instruções estão em outro idioma.	P
3 Os atendimentos são realizados apressadamente em razão do número de trabalhadores existentes.	N
4 A equipe de enfermagem tem dificuldade em encontrar as informações necessárias nas instruções gerais (IGs) quando em dúvida sobre algum exame.	N
5 A equipe de enfermagem utiliza as instruções de trabalho (ITRs) para assegurar-se dos procedimentos padronizados.	P
6 Na ocorrência de não conformidade relativa à assistência de enfermagem, são implementadas ações para que a mesma não se repita.	P
7 Ocorre desperdício de tempo no atendimento devido às distâncias percorridas entre o início e a finalização do procedimento.	N
8 Os treinamentos desenvolvidos pelo Setor de Educação não atendem às necessidades da equipe de enfermagem.	N
9 A equipe de enfermagem explica os procedimentos aos clientes de forma individualizada.	P
10 Não há discussões entre a coordenação e a equipe de enfermagem a respeito dos indicadores da área.	N
11 A equipe de enfermagem nem sempre utiliza os equipamentos de proteção individual (EPI) preconizados para as atividades.	N
12 A equipe de enfermagem segue as orientações preconizadas pela instituição, visando minimizar riscos ao cliente.	P
13 Ao atender os clientes a equipe de enfermagem demonstra interesse por suas expectativas.	P
14 O sigilo das informações obtidas durante o atendimento aos clientes é mantido pela equipe de enfermagem.	P
15 A equipe de enfermagem tem liberdade para fazer sugestões que possam contribuir para a melhoria da assistência prestada.	P

Quadro 4 – Proposições empregadas no questionário deste estudo referente à dimensão de resultado. São Paulo – 2011

PROPOSIÇÕES	ATRIBUTO
1 Há relatos de insatisfação, por parte dos clientes, com os materiais utilizados durante os procedimentos.	N
2 Ocorre manipulação de equipamentos de forma equivocada, pois as instruções não estão em português.	N
3 As insatisfações manifestadas pelos clientes referentes à demora no atendimento de enfermagem não se deve ao número reduzido de trabalhadores.	N
4 A equipe de enfermagem deixa de cometer falhas nos procedimentos ao consultar as instruções gerais (IGs).	P
5 As instruções de trabalho (ITRs) propiciam a qualidade assistencial devido a sua clareza.	P
6 As monitorias dos procedimentos de enfermagem contribuem para a diminuição de não conformidades	P
7 A eficácia das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem fica comprometida em virtude da área física	N
8 Os treinamentos realizados para a equipe de enfermagem propiciam atualização profissional.	P
9 Os indicadores demonstram satisfação dos clientes em relação aos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem.	P
10 Os resultados dos indicadores não são divulgados, periodicamente, para a equipe de enfermagem.	N
11 A equipe de enfermagem sentem-se insegura no exercício de suas atividades devido às condições oferecidas pela instituição.	N
12 Há relatos de queixas, por parte dos clientes, referente à sua segurança.	N
13 Os indicadores de satisfação dos clientes demonstram que os mesmos sentem-se acolhidos durante a sua permanência na instituição.	P
14 A instituição é reconhecida pela atitude ética de seus trabalhadores.	P
15 A equipe de enfermagem demonstra satisfação com a qualidade do atendimento que presta ao cliente.	P

3.5.2 Operacionalização da coleta de dados

A pesquisadora, após levantamento dos sujeitos passíveis de participar da pesquisa, os orientou acerca dos objetivos da pesquisa, do comprometimento ético e sigiloso e sobre o preenchimento do questionário. Esse último foi entregue nessa oportunidade ou, posteriormente, pelos coordenadores de enfermagem, sendo estipulado o prazo de trinta dias para sua devolução.

Os questionários foram devolvidos pessoalmente à pesquisadora ou aos coordenadores de enfermagem, que agruparam os questionários respondidos para que a pesquisadora os retirasse no período proposto, sendo compilados e enviados para a análise estatística.

3.6 ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica Excel® e as análises foram realizadas com o software Stata 10.0.

Os dados foram apresentados na forma de figuras e tabelas, sendo que as variáveis foram descritas por meio de frequências, proporções, médias, desvio padrão, mediana e valores mínimos e máximos.

As comparações foram realizadas através dos testes de Mann Whitney e Kruskal Wallis empregado nas diferenças entre mais de 2 grupos.

O nível de significância adotado em todos os testes foi de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados são apresentados na seguinte ordem: fidedignidade do instrumento, caracterização dos participantes, análise da assistência prestada baseada na tríade Donabediana e análise comparativa entre as dimensões de estrutura, processo e resultado.

4.1 FIDEDIGNIDADE DO INSTRUMENTO

Conforme descrito no item 3, para validar e auferir a confiabilidade do instrumento de coleta de dados deste estudo, empregou-se os seguintes métodos: validação do instrumento por especialistas e avaliação de consistência interna.

A validação do instrumento foi o primeiro método aplicado, antes da entrega do mesmo aos participantes, e teve por objetivo verificar se o conteúdo era representativo frente ao universo teórico que se pretendia medir.

A avaliação de consistência interna do instrumento foi o segundo método empregado, sendo, portanto, aplicado o teste de Alpha de Cronbach, obtendo-se o valor de 0,901, o que significa que foi possível medir 90,1% do processo real.

Na literatura podem-se encontrar estudos referentes a esse método, tais como: Melleiro (2007), Tronchin (2007), Morais (2009) e Braga (2009) com, respectivamente, os seguintes valores para o Alpha de Cronbach: 0,87, 0,73, 0,88 e 0,89.

Os resultados do teste do Alpha de Cronbach aplicado no instrumento de coleta de dados deste estudo encontram-se descritos no Apêndice 4.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

As figuras e tabelas a seguir referem-se ao sexo, à categoria profissional, à escolaridade, à idade, ao tempo de formação, de função e de atuação dos participantes na referida instituição, bem como aos setores de atuação.

Figura 2 – Proporções do sexo dos profissionais de uma empresa privada de medicina diagnóstica. São Paulo – 2011

Na caracterização dos respondentes verifica-se que 169 (83%) pertencem ao sexo feminino e 34 (17%) ao sexo masculino, conforme Figura 2. A participação majoritária da mulher na enfermagem é retratada e discutida em inúmeros estudos ao longo do tempo (Almeida, 1986; Padilha, Vaghetti, Brodersen, 2006). Neste estudo, essa premissa foi considerada, corroborando com os estudos na área da enfermagem que demonstram resultados semelhantes.

Figura 3 – Proporções da função exercida pelos profissionais de enfermagem uma empresa privada de medicina diagnóstica. São Paulo - 2011

De acordo com a Figura 3, 112 (55%) participantes são auxiliares de enfermagem, 72 (36%) técnicos de enfermagem e 19 (9%) enfermeiros.

Cabe ressaltar que nessa instituição, tanto o auxiliar como o técnico de enfermagem desenvolvem as mesmas atividades, sem distinção entre o trabalho executado entre ambos. Esse achado corrobora o estudo de Peduzzi e Anselmi (2004), que afirma a ausência de distinção entre os trabalhos do auxiliar e do técnico de enfermagem, apesar de tratar-se de duas categorias profissionais reconhecidas pela legislação vigente.

Esse contexto permite analisar que, apesar da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem diferenciar as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de enfermagem, na prática, o técnico e o auxiliar desenvolvem as mesmas atividades de trabalho em MD.

Figura 4 – Proporções da escolaridade dos profissionais de uma empresa privada de medicina diagnóstica. São Paulo - 2011

No que tange à escolaridade, constata-se na Figura 4 que 5 (2,5%) participantes possuem ensino fundamental completo, 100 (49,3%) ensino médio completo, 3 (1,5%) ensino médio incompleto, 15 (7,4%) ensino superior completo, 58 (28,6%) superior incompleto e 22 (10,8%) possuem pós-graduação. É importante evidenciar que, para a tabulação dos dados, considerou-se a maior escolaridade quando o participante assinalou mais de uma opção no questionário.

Assim, avalia-se que além dos coordenadores de enfermagem, cuja formação é de ensino superior, outros profissionais que atuam como auxiliares e técnicos de enfermagem também possuem ensino superior completo e pós-graduação. Contudo, esses trabalhadores mantêm-se no emprego, cuja formação necessária é o nível médio, pois, possivelmente, encontram dificuldade para ascender no mercado de trabalho.

Costa, Merighi e Jesus (2008) descrevem as dificuldades desses trabalhadores em vivenciar a transformação profissional, não somente no seu fazer cotidiano, mas, também, transformar seu próprio meio interno, seu comportamento e relacionamento social. Assim, consideram que os ex-auxiliares e técnicos de enfermagem não conseguem se desvestir instantaneamente de sua vivência para absorver outra cultura, em que algumas crenças e valores não lhes são compreensíveis.

Para as mesmas autoras, soma-se o fato de que as escolas de enfermagem ainda não estão preparadas para discutir a questão da mobilidade profissional e todas as conseqüências que ela acarreta, apesar do grande número de auxiliares e técnicos de enfermagem presentes nos cursos de graduação. Dessa forma, a preocupação das escolas não deve voltar-se apenas para o técnico-científico, mas, também, para a atitude e a transformação social dessas pessoas.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de enfermagem uma empresa privada de medicina diagnóstica de acordo com a idade, os tempos de formação, na função e na instituição. São Paulo - 2011

Caracterização	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	34,1	8,3	32	22	65
Tempo de formação (anos)	10,8	7,9	9	1	36
Tempo na função (anos)	10	8,1	8	0,5	36
Tempo na instituição (anos)	6,6	6	5	0,5	35

Ao analisar a Tabela 1, observa-se que a média de idade dos trabalhadores é de 34,1 anos ($dp \pm 8,3$), do tempo de formação é de 10,8 anos ($dp \pm 7,9$); do tempo na função, de 10 anos ($dp \pm 8,1$) e do tempo na instituição, de 6,6 anos ($dp \pm 6,0$). Esses dados permitem inferir que os

trabalhadores são adultos jovens, com relativa experiência profissional na função e na instituição.

Cabe ressaltar que, de acordo com os critérios de exclusão previamente definidos, os trabalhadores contratados a menos de seis meses não participaram deste estudo.

Tabela 2 – Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem de acordo com as áreas específicas da atuação de enfermagem em MD. São Paulo – 2011

Divisão das áreas da atuação da enfermagem em MD	Nº de auxiliares e técnicos de enfermagem habilitados para atuar na área específica	% de auxiliares e técnicos de enfermagem habilitados para atuar na área específica
Análises Clínicas	184	100%
Unidade Infantil	85	46,2%
Exames especiais	71	38,6%
Cardiologia	80	43,5%
Endoscopia	27	14,7%
Colposcopia	48	26,0%
Imagem	24	13,0%
Punção intervencionista	23	12,5%
Vacinas	42	22,8%
Outros	24	13,0%

Por meio da Tabela 2, verifica-se que os 184 (100%) auxiliares e técnicos de enfermagem participantes deste estudo atuam em exames de análises clínicas (orientação para coleta, a coleta propriamente dita e o recebimento de amostras biológicas - procedimentos iniciais em MD). O desenvolvimento dos profissionais da enfermagem em MD é gradativo,

iniciando-se o treinamento em novos grupos de exames ou procedimentos de acordo com as habilidades e desempenho individual.

Assim, observa-se que, além da totalidade dos participantes atuarem em análises clínicas, 85 (46,2%) atuam na unidade infantil; 71 (38,6%) realizam os exames denominados especiais (exames de análises clínicas mais complexos ou que são requisitados esporadicamente), 80 (43,5%) realizam ou participam dos procedimentos relacionados à cardiologia; 48 (26,0%) atuam no setor de colposcopia; 27 (14,7%) estão habilitados para auxiliar nos procedimentos do setor de endoscopia; 24 (13,0%) atuam no setor de imagem onde são realizados, principalmente, os exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética; 23 (12,5%) auxiliam nos procedimentos intervencionistas de Ultrassonografia ou Raio X; 42 (22,8%) atuam nas salas de vacinas e 24 (13,0%) realizam procedimentos em outros setores como: anestesia, pneumologia, urologia, motilidade digestiva, entre outros.

Os enfermeiros coordenam todas as áreas acima descritas nas unidades de atendimento em que atuam.

4.3 ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA BASEADA NA TRÍADE DONABEDIANA

Para melhor compreender a avaliação da assistência de enfermagem em MD na percepção da equipe de enfermagem envolvida, os achados foram analisados de acordo com a frequência das respostas na escala aplicada e estão apresentados nas dimensões de estrutura, processo e resultado.

Em seguida, encontram-se os escores de favorabilidade comparando-se as três dimensões.

Para uniformizar a legenda, empregou-se nos gráficos a seguir a seguinte nomenclatura: DT (discordo totalmente), DP (discordo parcialmente), I (indiferente – não concordo nem discordo), CP (concordo parcialmente) e CT (concordo totalmente).

Dimensão de Estrutura

Nesta etapa são apresentadas as quinze proposições de estrutura concernentes aos recursos humanos, físicos e materiais, mobiliário e infraestrutura.

Figura 5 – Distribuição das respostas da proposição: *Os materiais disponibilizados para a realização de exames são adequados aos procedimentos realizados. São Paulo - 2011*

Observa-se na Figura 5, que 186 (91,6%) dos respondentes concordam com esta proposição, sendo que 147 (72,4%) concordam totalmente e 39 (19,2%), parcialmente, considerando-se, assim, que os materiais disponibilizados são adequados para a assistência de enfermagem prestada em MD.

Castilho e Gonçalves (2010) relatam a importância do gerenciamento de recursos materiais a fim de assegurar a continuidade da assistência, com quantidade e qualidade de materiais necessários para a adequada atuação dos profissionais.

Figura 6 – Distribuição das respostas da proposição: *Os equipamentos que utilizo durante minhas atividades são de difícil manuseio*. São Paulo - 2011

Pela análise da Figura 6, averigua-se que a maior parte dos trabalhadores de enfermagem, 173 (85,2%), discorda da proposição, o que permite inferir que os trabalhadores não encontram dificuldade ao manipular os equipamentos.

De acordo com Rocha *et al.* (2008), as inovações tecnológicas favorecem o aprimoramento do cuidado, no entanto, a definição de quais tecnologias serão empregadas em uma determinada situação deve ser resultado da avaliação individual e sistematizada das necessidades, apontando, dessa forma, em direção a uma assistência de enfermagem mais eficiente e eficaz.

Figura 7 – Distribuição das respostas da proposição: *O número de trabalhadores na equipe de enfermagem é suficiente para o número de atendimentos prestados. São Paulo – 2011*

Na Figura 7 verifica-se que 98 (48,3%) participantes concordam que o número de trabalhadores é suficiente para o trabalho realizado, com 33 (16,3%) concordando total, e 65 (32%) parcialmente. Em contrapartida, 80 (39,4%) respondentes discordam desta afirmativa e 25 (12,3%) mantiveram-se indiferentes.

Averigua-se que a instituição, cenário deste estudo, conta com unidades de atendimento que apresentam características diferentes entre si. Uma das diferenças é a oferta de exames onde se faz necessário agendamento prévio e trabalha-se com um número restrito de atendimentos, e a oferta dos exames de livre demanda. Na primeira situação, o dimensionamento da equipe de enfermagem é facilitado através da consulta prévia à agenda. Entretanto, na situação de livre demanda, esse dimensionamento é estimado através da média de atendimentos em dias e horários semelhantes ao que se quer dimensionar, o que pode corresponder ou não à realidade do número de atendimentos.

Nesse sentido, a diferença entre as unidades pode explicar falta de clareza na tendência das respostas na Figura 7.

Figura 8 – Distribuição das respostas da proposição: *As instruções gerais (IGs) não possuem informações atualizadas*. São Paulo - 2011

Ao analisar a Figura 8, observa-se que a maioria dos trabalhadores de enfermagem discorda da proposição, 177 (87,1%), entretanto 95 (46,7%) discordam parcialmente de que as IGs possuem informações atualizadas. Isso, provavelmente, se deve ao fato das IGs dos exames de cardiologia, imagem, endoscopia, entre outros, não contemplarem, ainda, a descrição completa da assistência de enfermagem preconizada para cada procedimento, como observado nas IGs dos exames de análises clínicas.

Segundo Silva (1991), Guerrero, Beccaria, Trevizan (2008) e Nogueira (2008), para garantia da qualidade assistencial, é preciso estabelecer padrões de cuidados visando o resultado esperado. Tal padronização pode ser realizada através de ferramentas cujas finalidades são: esclarecer dúvidas e orientar os trabalhadores na execução dos procedimentos técnicos.

Figura 9 – Distribuição das respostas da proposição: *As instruções de trabalho (ITRs) são suficientemente detalhadas*. São Paulo - 2011

A Figura 9 mostra que, apesar de 174 (85,7%) dos respondentes concordarem com a afirmação sobre o detalhamento suficiente das ITRs e 64 (31,5%) concordarem parcialmente, há necessidade de incremento nas informações publicadas nesse tipo de documento.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 302, de 14 de outubro de 2005, que regulamenta o funcionamento dos laboratórios clínicos, descreve que os postos de coleta devem dispor de instruções escritas e atualizadas das rotinas técnicas. Assim, cabe à instituição prover e atualizar tais instruções a fim de garantir a padronização dos processos de trabalho e procedimentos técnicos com o detalhe almejado pela equipe de enfermagem.

Figura 10 – Distribuição das respostas da proposição: *O mobiliário da unidade não é adequado para atender, com segurança, as necessidades dos clientes.* São Paulo - 2011

Percebe-se, na Figura 10, que 127 (62,5%) respondentes discordam que o mobiliário não é adequado para o atendimento em MD; entretanto, 12 (5,9%) mostram-se indiferentes e 64 (31,5%) concordam com a inadequação dos mobiliários. Esse resultado pode refletir as diferenças arquitetônicas entre as unidades de atendimento, considerando que algumas estão melhores preparadas para atender os portadores de necessidades especiais com maior conforto e segurança, pois foram projetadas e construídas de acordo com a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, enquanto outras unidades foram adaptadas para atender tal legislação.

Figura 11 – Distribuição das respostas da proposição: *A área física em que atuo não propicia o bom andamento do processo de trabalho da equipe de enfermagem. São Paulo - 2011*

Constata-se na Figura 11 que 73 (36%) sujeitos da pesquisa discordam totalmente e 52 (25,6%) discordam parcialmente de que a área física não propicia o bom andamento do processo de trabalho de enfermagem; entretanto, 71 (35%) concordam com tal proposição. Pode-se inferir, nesta questão, que as diferenças estruturais das unidades de atendimento proporcionam essa disparidade na avaliação dos profissionais de enfermagem.

A presença de uma estrutura adequada fornece as pré-condições para um bom desempenho nas áreas de processo e de resultado, aumentando a probabilidade destes serem mais adequados, além de possibilitar a redução de movimentos, de pessoal e de custo e aumentar a produtividade dos profissionais (Adami e Maranhão, 1995; Malik, 1996; Bittar, 2004 e Vargas *et al.*, 2007).

Figura 12 – Distribuição das respostas da proposição: *A equipe enfermagem é capacitada para atuar nos procedimentos.* São Paulo - 2011

Na Figura 12, 192 (94,5%) participantes concordam que a equipe de enfermagem é capacitada para atuar nos procedimentos. Pela natureza, complexidade e diversidade dos serviços prestados em MD, as atividades devem ser realizadas por profissionais especializados, habilitados e bem treinados, pois, conforme Motta, Corrêa, Motta (2001) e Bittar (2004), estas são peças fundamentais para assegurar a qualidade, alta produtividade e menor custo.

Figura 13 – Distribuição das respostas da proposição: *As salas de exames não propiciam privacidade ao cliente.* São Paulo - 2011

Ao analisar a Figura 13, nota-se que a maior parte dos respondentes discorda da proposição, 142 (69,9%). Porém, 51 (25,2%) sujeitos concordam com a falta de privacidade do usuário nas salas de exame. Considera-se, com isso, que no projeto estrutural da unidade de atendimento, deve-se classificar para qual tipo de procedimento as salas de exames estão designadas, de forma a garantir a privacidade do usuário; não esquecendo, também, da necessidade de se avaliar o perfil do usuário que será atendido naquele local, conforme descrito na Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999, que dispõem sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e das outras providências.

Figura 14 – Distribuição das respostas da proposição: *No meu local de trabalho há um espaço para divulgação de informações de interesse da equipe de enfermagem.* São Paulo - 2011

Observa-se por meio da Figura 14 que 160 (78,8%) respondentes concordam com a proposição, sendo que 104 (51,2%) concordam totalmente, e 56 (27,6%) parcialmente. Contudo, 12 (5,9%) demonstram indiferença, 19 (9,4%) discordam parcialmente e 12 (5,9%) discordam totalmente. Esses dados permitem inferir que o espaço disponível para divulgação das informações de interesse da equipe de enfermagem não está acessível para a totalidade dos profissionais, requerendo maior atenção dos gestores.

A comunicação frequente e aberta estimula os trabalhadores a seguirem no alcance das metas e objetivos propostos, além de permitir

interrelações que buscam a melhoria contínua da qualidade da assistência ao usuário (Galvão, Trevisan e Sawada, 1998).

Figura 15 – Distribuição das respostas da proposição: *A instituição disponibiliza equipamentos de proteção individual (EPI) aos seus trabalhadores*. São Paulo - 2011

Constata-se pela Figura 15 expressiva concordância 198 (97,5%) dos respondentes com a proposição que descreve a disponibilidade de equipamentos de proteção individual por parte da instituição.

A Norma Regulamentadora (NR) 06, de 15 de outubro de 2001, considera Equipamento de Proteção Individual (EPI), todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

Após a publicação da NR 32, em 16 de novembro de 2005, as instituições de saúde, incluindo as instituições de MD, reformularam suas políticas para adequação às diretrizes e implementação de medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores na área da saúde.

A instituição onde se realizou este estudo acatou tal normatização, abrangendo todas as áreas de atuação da enfermagem em MD, sendo ratificado na percepção dos trabalhadores, de acordo com os resultados acima descritos.

Figura 16 – Distribuição das respostas da proposição: *Na instituição em que atuo não existem protocolos referentes à segurança do cliente.* São Paulo – 2011

Os achados da Figura 16 demonstram o elevado percentual de discordância, 175 (86,2%), o que reflete a preocupação da instituição com a segurança do usuário, uma vez que a sua ausência está diretamente relacionada à qualidade dos serviços e pode impactar na satisfação do usuário, nos custos e na confiança da sociedade na instituição.

Figura 17 – Distribuição das respostas da proposição: *Os fluxos propostos para o atendimento na instituição visam o acolhimento dos clientes.* São Paulo - 2011

Na análise da Figura 17, observa-se a maior parte dos sujeitos, 183 (90,1%), concordando com a proposição, dos quais 109 (53,7%) concordam totalmente, e 74 (36,4%) parcialmente. Ratificando, assim, a importância da

presença de fatores que caracterizem o acolhimento dos usuários nos fluxos de atendimento propostos pela instituição.

Takemoto e Silva (2007) descrevem que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial que consiste na busca constante do reconhecimento das necessidades de saúde do usuário e das formas de satisfazê-las.

Figura 18 – Distribuição das respostas da proposição: *O sistema de informação da instituição permite acesso dos trabalhadores aos dados sigilosos do cliente.* São Paulo - 2011

Verifica-se na Figura 18 que 85 (41,8%) participantes discordam que o sistema de informações permite acesso dos trabalhadores aos dados sigilosos do usuário, enquanto 79 (39,%) dos respondentes concordam com esta afirmativa. Constata-se, todavia, que, na dimensão de estrutura, esta proposição obteve o maior percentual de indiferentes 39 (19,2%) sujeitos, o que permite avaliar que não houve clareza na tendência da resposta desta proposição.

Esse resultado permite inferir que parte dos profissionais da enfermagem possui acesso aos dados confidenciais dos usuários, o que pode ser necessário para a realização de algum procedimento específico. No entanto, considera-se relevante a avaliação desses acessos, pois conforme cita a Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999, faz-se necessário

garantir a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal dos usuários das instituições de saúde.

Figura 19 – Distribuição das respostas da proposição: *A instituição disponibiliza um canal de comunicação entre os trabalhadores e a diretoria. São Paulo - 2011*

Na Figura 19, acerca da existência de um canal de comunicação, 92 (45,3%) respondentes concordam com a proposição; destes, 42 (20,7%) concordam totalmente e 50 (24,6%), parcialmente; 36 (17,7%) mantiveram-se indiferentes e 75 (37%) discordaram da proposição, sendo 28 (13,8%) parcialmente, e 47 (23,2%) totalmente.

Diante da proximidade dos resultados entre concordantes e discordantes e da considerável porcentagem de indiferentes, destaca-se a necessidade de maior divulgação dos meios comunicacionais existentes entre os trabalhadores e os gestores.

Dimensão de Processo

A dimensão de processo buscou apreender, nas quinze proposições apresentadas, o conjunto de atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, incluindo o relacionamento entre o profissional e o usuário.

Figura 20 – Distribuição das respostas da proposição: *A realização dos procedimentos padronizados é dificultada pelos materiais disponibilizados. São Paulo - 2011*

A Figura 20 demonstra que 157 (77,3%) sujeitos discordam da proposição e o maior percentual é o dos que discordaram totalmente. Dentre os concordantes, 30 (14,8%) concordaram parcialmente; e 7 (3,4%) totalmente. Discordar dessa proposição demonstra favorabilidade em relação aos materiais disponibilizados.

Svaldi e Lunardi (2000) destacam que cabe ao enfermeiro gerenciar o seu processo de produção, padronizando os materiais adequados, o que favorece o exercício profissional e respalda o desenvolvimento do trabalho de forma digna e ética, bem como propicia a qualidade da assistência de enfermagem.

Figura 21 – Distribuição das respostas da proposição: *A equipe de enfermagem manuseia com facilidade os equipamentos, mesmo quando suas instruções estão em outro idioma.* São Paulo - 2011

No que diz respeito ao manuseio dos equipamentos com facilidade, percebe-se na Figura 21 que 122 (60,1%) sujeitos concordam com essa assertiva, dos quais 45 (22,2%) concordam totalmente, e 77 (37,9%) parcialmente. Todavia, 15 (7,4%) mostram-se indiferentes e 66 (32,5%) discordam da proposição, sendo 25 (12,3%) total e 41 (20,2%) parcialmente.

A RDC 302 preconiza a manutenção de instruções ou manuais sobre o funcionamento dos equipamentos escritos em português, a fim de que todos os profissionais tenham acesso às recomendações do fabricante e consigam interpretá-las e entendê-las.

Em serviços de saúde, a tecnologia é apenas um instrumento de trabalho para os profissionais, devendo-se priorizar a relação profissional-usuário e não a relação profissional-máquina (Maciel-Lima, 2004).

Considera-se, assim, que os equipamentos devem agregar valor ao trabalho da equipe de enfermagem, facilitando o desenvolvimento do procedimento técnico, contribuindo com a melhora na produtividade e na qualidade da assistência ao usuário.

Figura 22 – Distribuição das respostas da proposição: *Os atendimentos são realizados apressadamente em razão do número de trabalhadores existentes. São Paulo - 2011*

Na Figura 22, percebe-se o número discretamente maior (100) dos respondentes concordantes (49,7%) em relação aos 77 discordantes (37,5%), além de 26 (12,8%) indiferentes. Dessa forma, pode-se inferir que os atendimentos são realizados apressadamente devido ao número reduzido de trabalhadores.

Tal achado mostra-se consonante à proposição retratada na Figura 7 da dimensão de estrutura, a qual descreve sobre a quantidade de trabalhadores de enfermagem em relação ao número de atendimentos prestados.

Segundo Ricardo, Fugulin e Souza (2004) e Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2010), nas instituições de saúde, o serviço de enfermagem representa papel fundamental no processo assistencial devido à sua interferência na eficácia, na qualidade e nos custos da assistência prestada.

Em MD, a enfermagem também deve ser considerada como peça fundamental na qualidade da assistência ao usuário; entretanto, assim como em outros serviços de saúde, devido ao seu quantitativo, o custo do pessoal de enfermagem impacta nas políticas de gestão de recursos humanos e financeiros.

Assim, cabe aos enfermeiros que coordenam a assistência de enfermagem em MD utilizar o dimensionamento da equipe de enfermagem

como instrumento para prever o número de profissionais capaz de atender às necessidades específicas do usuário sob o enfoque quantitativo e qualitativo.

Figura 23 – Distribuição das respostas da proposição: *A equipe de enfermagem tem dificuldade em encontrar as informações necessárias nas instruções gerais (IGs) quando em dúvida sobre algum exame.* São Paulo – 2011

Observa-se na Figura 23 que 151 (74,3%) respondentes discordam da proposição, enquanto 46 (22,7%) concordam que a equipe de enfermagem tem dificuldade para encontrar as informações necessárias nas IGs, onde estão descritos os procedimentos necessários e específicos para a realização de cada exame.

Por se tratar de uma proposição negativa, discordar significa que a equipe de enfermagem não tem dificuldade em encontrar as informações necessárias nas IGs.

Para Adami e Maranhão (1995) é necessário que a instituição proporcione condições de acesso aos instrumentos que permitam uma produção de qualidade. Nesse caso, significa garantir quantidade e qualidade nas informações disponibilizadas aos profissionais de enfermagem que acessam as IGs.

Figura 24 – Distribuição das respostas da proposição: *A equipe de enfermagem utiliza as instruções de trabalho (ITRs) para assegurar-se dos procedimentos padronizados.* São Paulo - 2011

Na Figura 24, a maioria dos sujeitos (123 ou 60,6%) concordou totalmente com a assertiva; e 59 (29,1%) parcialmente, perfazendo 183 (89,7%), resultado que demonstra a importância do uso das ITRs para a padronização das atividades de enfermagem.

Nogueira (2008) descreve que a grande importância da padronização é fazer com que os processos de trabalho sejam uniformes, de acordo com definição prévia, a fim de se obter produtos finais homogêneos e com resultados previsíveis.

Malik (2006) relata que a redução da variabilidade é um dos princípios da qualidade industrial, cujo objetivo é evitar que o produto ou serviço apresente muita variação em relação aos critérios estabelecidos. No entanto, na área da saúde, onde há pessoas cuidando de pessoas, há que se reconhecer a influência de variações naturais nos indivíduos.

Nesse sentido, a redução das variações individuais aos padrões aceitáveis pode ser facilitada pela descrição e padronização dos procedimentos, pelos treinamentos periódicos e pela supervisão da equipe de enfermagem.

Figura 25 – Distribuição das respostas da proposição: Na ocorrência de não conformidade relativa à assistência de enfermagem, são implementadas ações para que a mesma não se repita. São Paulo - 2011

A partir dos achados da Figura 25, verifica-se que 185 (91,1%) respondentes acreditam que, ao ocorrer a não conformidade na assistência de enfermagem em MD, são implementadas ações que evitam sua repetição.

Na instituição em questão, ao ser detectada uma não conformidade, é gerado um relatório do desvio e das ações imediatas frente a não conformidade e enviado à área geradora para a análise de causas e a ação corretiva, de forma a se evitar recorrência do mesmo desvio.

Motta, Corrêa e Motta (2001) e Nogueira (2008) descrevem não conformidade como o não cumprimento de um requisito especificado, seja esse um procedimento técnico ou administrativo, que deve ser analisado e tratado através de ferramentas específicas, a fim de minimizar o impacto financeiro, a ocorrência de acidentes, a insatisfação dos profissionais e dos usuários do serviço de saúde.

Figura 26 – Distribuição das respostas da proposição: *Ocorre desperdício de tempo no atendimento devido às distâncias percorridas entre o início e a finalização do procedimento. São Paulo - 2011*

Conforme os dados observados na Figura 26, 40 (19,7%) sujeitos concordam totalmente, 78 (38,4%) concordam parcialmente, 16 (7,9) mostram-se indiferentes, 26 (12,8%) discordam parcialmente e 43 (21,2%) discordam totalmente dessa proposição, permitindo inferir que a maior parte dos participantes deste estudo consideram que há desperdício de tempo devido às distâncias percorridas durante as atividades realizadas para atendimento aos usuários.

Para o pleno desenvolvimento das atividades assistenciais de saúde, faz-se necessário garantir condições adequadas de trabalho, por meio de recursos físicos e ambientais seguros e confortáveis, considerando a inserção e o impacto desse espaço tanto para os usuários como para os trabalhadores (ANVISA, 2002; Takahashi, Gonçalves, 2010).

Figura 27 – Distribuição das respostas da proposição: Os treinamentos desenvolvidos pelo Setor de Educação não atendem às necessidades da equipe de enfermagem. São Paulo - 2011

Na Figura 27, averigua-se que a maioria dos participantes discordou da proposição negativa, sendo que o maior percentual foi de 109 (53,7%) respondentes que discordam totalmente; 36 (17,7%) o fazem parcialmente, 16 (7,9%) demonstram indiferença, 31 (15,3%) concordam parcialmente e 11 (5,4%) concordam totalmente. Discordar dessa proposição demonstra favorabilidade quanto ao atendimento das necessidades de treinamento da equipe de enfermagem.

Para Nepomuceno e Kurcgant (2008), a qualificação dos trabalhadores na área da saúde tem sido foco de atenção das instituições que buscam a melhoria constante da assistência prestada ao usuário. Contudo, essa qualificação deve atender às necessidades identificadas em uma realidade de trabalho específica.

Assim, com a especificidade da assistência prestada em MD, considera-se fundamental o investimento no desenvolvimento dos profissionais, aliando a atenção às expectativas e necessidades dos trabalhadores com os objetivos da instituição para o desempenho adequado de cada função de forma eficiente, a fim de se alcançar os resultados almejados.

Nessa perspectiva, Rodrigues (2006) cita que o trabalhador é o ator principal do processo de qualidade, pois, para alcançar os objetivos

esperados, são necessários profissionais capacitados, comprometidos e preparados.

Todavia, Peres, Leite e Gonçalves (2010) descrevem que o desenvolvimento do indivíduo vai além da eficiência no trabalho, devendo contribuir para a ampliação das competências profissionais e pessoais, instrumentalizando-o para a transformação da realidade.

Figura 28 – Distribuição das respostas da proposição: *A equipe de enfermagem explica os procedimentos aos clientes de forma individualizada*. São Paulo - 2011

Relativo à proposição acerca da equipe de enfermagem explicar os procedimentos aos usuários de forma individualizada, 183 (90,1%) concordam com a assertiva (65% total e 25,1% parcialmente). Para os participantes discordantes, o percentual foi de 6 sujeitos (3%), tanto para os totalmente como para os parcialmente discordantes, enquanto 8 (3,9%) mostram-se indiferentes.

A enfermagem desenvolve suas ações de cuidado visando atender, integralmente, as necessidades do usuário, o que torna indispensável considerar que tais necessidades se modificam de acordo com a realidade e situação vivenciada por cada indivíduo, cabendo ao profissional identificar e atuar de forma direcionada e individualizada em cada atendimento (Leite, Claudino e Santos, 2009).

Um dos desafios da enfermagem em MD é conhecer o usuário em poucos minutos a fim de lhe prestar um atendimento personalizado,

assertivo, rápido e acolhedor. E ainda fornecer-lhe informações técnicas sobre os exames ou procedimentos de forma que ele possa entendê-los e, assim, contribuir para a eficácia de seu atendimento.

Figura 29 – Distribuição das respostas da proposição: *Não há discussões entre a coordenação e a equipe de enfermagem a respeito dos indicadores da área. São Paulo - 2011*

Na Figura 29 nota-se que 73 (36%) respondentes discordam totalmente, e 38 (18,8%) parcialmente; enquanto 21 (10,3%) demonstram indiferença, 49 (24,1%) concordam parcialmente e 22 (10,8%) o fazem de forma total em relação à existência de discussões entre a coordenação e a equipe de enfermagem a respeito dos indicadores da área.

Observa-se que para 111 (54,8%) respondentes que discordam da proposição, há discussão sobre os indicadores da área, enquanto que para 71 (34,9%) sujeitos não há.

Para Vieira e Kurcgant (2010), os indicadores são medidas usadas para ajudar a descrever uma situação existente, avaliar mudanças ou tendências durante um período de tempo e avaliar, em termos de qualidade e quantidade, as ações de saúde executadas.

Nesse contexto, a *Joint Commission on Accreditation of Health Organization* (1989) define indicador como uma unidade de medida quantitativa que pode ser utilizada como um guia para monitorar e avaliar a

qualidade de importantes cuidados prestados ao usuário e as atividades dos serviços de suporte.

Dessa forma, os indicadores devem possibilitar a avaliação de uma área ou serviço da instituição, a visualização do contexto organizacional na sua estrutura formal e informal, considerando as relações tangenciais dos diferentes serviços, bem como as consequências das decisões gerenciais que esses resultados acarretam (Tronchin *et al.*, 2009).

Acredita-se, portanto, que compartilhar as informações sobre os indicadores relacionados à prática de enfermagem em MD propicia a participação dos trabalhadores na análise da assistência prestada e maior envolvimento nas ações propostas para a melhoria dos resultados.

Cabe ressaltar que a Gerência de Enfermagem da referida instituição discute, em reuniões periódicas com os coordenadores de enfermagem, os resultados dos indicadores, bem como a análise e o plano de ação para que os coordenadores os repliquem para a equipe de enfermagem, a fim de que todos tenham conhecimento dos resultados e das ações necessárias para a melhoria dos índices ou manutenção das ações, quando forem consideradas eficientes.

Figura 30 – Distribuição das respostas da proposição: *A equipe de enfermagem nem sempre utiliza os equipamentos de proteção individual (EPI) preconizados para as atividades.* São Paulo – 2011

Pela análise da Figura 30, percebe-se que 95 (46,8%) participantes discordam da proposição, dos quais 66 (32,5%) discordam totalmente; 29 (14,3%), de forma parcial e 11 (5,4%) mantêm-se indiferente. Enquanto 97 (47,8%) concordam com a assertiva, 78 (38,4%) concordam parcialmente, e 19 (9,4%) total. Diante da proximidade dos valores dos concordantes e discordantes, considera-se que não houve clareza na tendência das respostas, demonstrando a necessidade de análise e esforço da instituição nas questões relacionadas à segurança ocupacional.

A baixa adesão ao uso dos EPIs pode ter sido influenciada por alguns setores onde é realizada desinfecção de alto nível com saneantes líquidos, pois é necessária a utilização de equipamentos pouco confortáveis, que passaram a serem exigidos após a publicação da Resolução SS-27, de 28 de fevereiro de 2007, que instituiu medidas de controle sobre o uso do Glutaraldeído nos estabelecimentos assistenciais de saúde.

Salienta-se que, na dimensão estrutura, a maioria dos respondentes avaliou que a instituição oferece os EPIs necessários para a atuação da enfermagem nos diferentes setores da MD. Dessa forma, o não uso dos EPIs por parte dos trabalhadores não se deve à ausência dos equipamentos.

Zapparoli (2005) e Talhaferro, Barboza, Oliveira (2008) descrevem algumas razões para o não uso dos EPI, entre elas: ausência ou inadequação de tamanho, difícil acesso, pressa, inconveniência do seu uso, interferência no trabalho e desconhecimento do seu papel preventivo. Além disso, consideram que o excesso de confiança no trabalho leva à banalização dos riscos existentes, podendo contribuir para o aumento da exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais.

Figura 31 – Distribuição das respostas da proposição: *A equipe de enfermagem segue as orientações preconizadas pela instituição, visando minimizar riscos ao cliente.* São Paulo – 2011

A Figura 31 demonstra que 194 (95,5%) respondentes concordam que a equipe de enfermagem segue as orientações da instituição com o objetivo de minimizar riscos ao usuário.

Para Donabedian (1992), o conceito de qualidade é atribuído à obtenção de maiores benefícios e redução dos riscos para o usuário do serviço de saúde.

Nessa direção, as instituições de saúde devem redesenhar as estruturas e processos de forma a se construir uma cultura de segurança, que transite com eficácia entre os profissionais e que seja enfatizada no mesmo grau de importância das metas financeiras e de produtividade (Pedreira, 2006).

Portanto, para minimizar os riscos da assistência à saúde, bem como da assistência de enfermagem em MD, deve-se padronizar os procedimentos técnicos e capacitar os profissionais para atuação, a fim de se diminuir a variabilidade no desempenho das funções decorrentes dos diferentes níveis de formação, experiência e competência técnica.

Figura 32 – Distribuição das respostas da proposição: *Ao atender os clientes a equipe de enfermagem demonstra interesse por suas expectativas*. São Paulo - 2011

Pela análise da Figura 32, averigua-se que a maioria (189) dos participantes (93,1%) concorda com a assertiva, 10 (4,9%) demonstram indiferença e apenas 4 (2%) discordam de que a equipe de enfermagem demonstra interesse pelas expectativas do usuário.

Dal Forno (2005) relata que o resultado da participação ativa dos trabalhadores no programa de gerenciamento de qualidade em laboratórios clínicos é a satisfação e motivação no trabalho que, conseqüentemente, reflete no atendimento diferenciado aos usuários, superando suas expectativas.

Nessa perspectiva, de acordo com Rego e Porto (2005), há um movimento no sentido de concentrar esforços para garantir a qualidade dos produtos e serviços valorizando o aspecto humano e a melhoria das relações humanas, considerando a satisfação do cliente e o atendimento de suas necessidades e expectativas.

Figura 33 – Distribuição das respostas da proposição: *O sigilo das informações obtidas durante o atendimento aos clientes é mantido pela equipe de enfermagem.* São Paulo - 2011

No que tange ao sigilo das informações obtidas durante ao atendimento aos usuários da instituição, observa-se na Figura 33, que 190 (93,6%) respondentes concordam com a proposição, destes, 124 (61,1%), total, e 66 (32,5%) parcialmente; 3 participantes (1,5%) demonstram indiferença, 9 (4,4%) discordam de forma parcial e 1 (0,5%), de forma total da proposição.

Assim, considera-se que a maioria dos participantes atua em concordância com o código de ética de enfermagem que determina manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional (COFEN, 2000).

Corroborando com essa assertiva, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde assegura ao usuário de serviços de saúde, entre outras coisas, que em procedimentos diagnósticos deve-se respeitar a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal (Brasil, 2006).

Figura 34 – Distribuição das respostas da proposição: *A equipe de enfermagem tem liberdade para fazer sugestões que possam contribuir para a melhoria da assistência prestada.* São Paulo - 2011

Na análise da Figura 34, observa-se que 122 (60,1%) sujeitos concordam totalmente, e 57 (28,1%) parcialmente; 12 (5,8%) apresentam-se indiferentes e 12 (6%) discordam da proposição, sendo 6 (3%) total e 6 (3%) parcialmente.

A citada questão apresenta índice satisfatório de concordância, o qual demonstra que os participantes sentem liberdade para contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem através de suas sugestões.

De acordo com Peduzzi e Ciampone (2010), a equipe de enfermagem torna-se coesa quando seus membros são envolvidos no processo de planejamento e de tomada de decisão, pois se sentem responsáveis pelo sucesso da equipe e empenham-se para manter relações de cooperação, apoio e comunicação aberta.

Dimensão de Resultado

Nas figuras a seguir encontram-se as quinze proposições elaboradas para avaliar a dimensão de resultado, que consiste na avaliação da equipe de enfermagem acerca do resultado da assistência de enfermagem.

Figura 35 – Distribuição das respostas da proposição: *Há relatos de insatisfação, por parte dos clientes, com os materiais utilizados durante os procedimentos. São Paulo - 2011*

Observa-se, na Figura 35, que a totalidade de discordantes é de 134 (76%) participantes, sendo 109 (53,7%) totalmente e 25 (12,3%) parcialmente discordantes; os indiferentes totalizam 22 (10,9%), enquanto que os concordantes representam 47 (23,1%).

Esse resultado pressupõe que grande parte dos usuários não demonstra, para a equipe de enfermagem, insatisfação com os materiais utilizados durante o atendimento de MD.

A baixa qualidade do material utilizado pode gerar, no usuário, a sensação de pouca capacitação técnica do profissional que está realizando o procedimento. Assim, Honório e Albuquerque (2005) destacam que os trabalhadores de enfermagem preocupam-se com a qualidade dos materiais utilizados, acreditando que tais produtos influenciam diretamente na qualidade da assistência prestada.

Figura 36 – Distribuição das respostas da proposição: Ocorre manipulação de equipamentos de forma equivocada, pois as instruções não estão em português. São Paulo - 2011

Os achados da Figura 36 demonstram elevada discordância da proposição negativa, com 146 (72%) respondentes. Com isso, pode-se inferir que, mesmo quando as instruções dos equipamentos não estão em português, a equipe de enfermagem não apresenta dúvida na manipulação, demonstrando assim que, provavelmente, esses trabalhadores contam com seus coordenadores ou outros colegas para a elucidação de possíveis dúvidas.

Esse resultado é corroborado pela análise da Figura 6 da dimensão de estrutura, na qual 173 (85,2%) trabalhadores respondem não encontrar dificuldade em manipular os equipamentos utilizados.

Figura 37 – Distribuição das respostas da proposição: *As insatisfações manifestadas pelos clientes referentes à demora no atendimento de enfermagem não se deve ao número reduzido de trabalhadores.* São Paulo – 2011

Na Figura 37 nota-se que 54 (26,6%) respondentes discordam totalmente da proposição, 56 (27,6%) o fazem de forma parcial, 30 (14,8%) demonstram indiferença, 38 (18,7%) concordam parcialmente e 25 (12,3%) o fazem de forma total.

Ao discordar da proposição negativa, mais da metade dos sujeitos (54,2%) avalia que as insatisfações dos clientes em relação à demora do atendimento de enfermagem estão relacionadas ao número insuficiente de trabalhadores.

Tal resultado corrobora o achado da Figura 22, na dimensão de processo, no qual se pode inferir que os atendimentos são realizados apressadamente devido ao número reduzido de trabalhadores.

O dimensionamento dos trabalhadores de enfermagem fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal para prover, aos usuários, uma assistência com qualidade e segurança, além de contribuir para que sejam mantidas condições favoráveis de trabalho, de acordo com a filosofia, a estrutura da instituição e, também, com a singularidade de cada serviço (Gaidzinski, Fugulin, Castilho, 2010; Inoue, Matsuda, 2010).

Considera-se, portanto, que o dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem pode impactar no resultado da qualidade da assistência prestada e na satisfação do usuário, uma vez que os aspectos

quantitativos e qualitativos de pessoal estão diretamente relacionados ao produto final do seu trabalho, que é consumido no mesmo momento em que é produzido.

Dessa forma, cabe ao gestor da equipe de enfermagem utilizar métodos de dimensionamento que possibilitem recursos necessários para que a assistência ocorra de forma segura, humanizada, com qualidade, atendendo às expectativas e necessidades do usuário.

Vale lembrar que não se encontra na literatura material que possa subsidiar essa avaliação por parte dos enfermeiros gestores de equipes de enfermagem em MD. Todos os trabalhos encontrados são voltados à assistência de enfermagem em ambiente hospitalar. Da mesma forma, a Resolução COFEN nº 293/2004, que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados, apresenta no seu conteúdo maior enfoque nas informações referentes à atuação da enfermagem em hospitais.

Figura 38 – Distribuição das respostas da proposição: *A equipe de enfermagem deixa de cometer falhas nos procedimentos ao consultar as instruções gerais (IGs)*. São Paulo - 2011

A partir dos resultados obtidos na Figura 38, verifica-se que a maioria, 188 (92,6%) dos participantes, deixa de cometer falhas ao consultar as IGs específicas de cada exame.

De acordo com Motta, Corrêa e Motta (2001), dentre as vantagens da padronização de forma sistêmica estão a diminuição de erros e repetições, consequentemente o desperdício de recursos e energia, e a uniformidade dos serviços que passam a ser realizados dentro de padrões previamente definidos, sofrendo menos alterações.

Todavia, deve haver a preocupação com a atualização contínua das informações disponíveis para a equipe de enfermagem nas IGs, a fim de se garantir a qualidade dos processos descritos e a fidedignidade da ferramenta.

Figura 39 – Distribuição das respostas da proposição: *As instruções de trabalho (ITRs) propiciam a qualidade assistencial devido a sua clareza.* São Paulo - 2011

Na Figura 39 observa-se alto grau de concordância com a proposição, sendo que 102 (50%) participantes concordam totalmente e 75 (37%) parcialmente; os indiferentes representam 12 (6%) e os discordantes totalizam 14 (7%). Esse resultado é corroborado com a análise da Figura 24, da dimensão de processo, que retrata a utilização das ITRs por 89,7% dos profissionais de enfermagem, para assegurar-se dos procedimentos padronizados.

Para Adami e Maranhão (1995), é necessário que a instituição proporcione condições de acesso aos instrumentos que permitam um processo de trabalho de qualidade. Nessa direção, pode-se considerar que as ITRs são ferramentas importantes para a garantia de uma assistência de

enfermagem em MD com qualidade, pois são utilizadas por um considerável número de profissionais e a clareza de suas informações propicia a qualidade assistencial.

Figura 40 – Distribuição das respostas da proposição: *As monitorias dos procedimentos de enfermagem contribuem para a diminuição de não conformidades.* São Paulo - 2011

Para 180 (88,8%) participantes, o monitoramento sistemático dos procedimentos de enfermagem contribui para a redução de não conformidades. Apenas 5 (2,4%) demonstram indiferença e 18 (8,8%) discordam desta proposição.

Vale ressaltar que na instituição em pauta, a monitoria dos procedimentos é realizada periodicamente pelo coordenador de enfermagem, através do acompanhamento sistematizado do atendimento e de procedimentos técnicos da enfermagem, com a utilização de instrumentos específicos que direcionam a observação e o registro das informações coletadas, posteriormente transmitidas para um programa informatizado, o qual permite a elaboração de relatórios gerenciais utilizados pela coordenação e pela gerência de enfermagem.

O processo periódico de monitoria permite, também, subsidiar a avaliação da qualidade assistencial da equipe pelo coordenador de enfermagem, objetivando a comparação do atendimento ou procedimento técnico realizado com o padronizado na busca de desvios e não-

conformidades. Essa avaliação *in loco* instrumentaliza o enfermeiro a avaliar e determinar a necessidade ou não da adoção de medidas corretivas, bem como de ações educativas e de capacitação dos profissionais da equipe de enfermagem.

Acredita-se, dessa forma, que o processo de monitoria do atendimento e dos procedimentos técnicos de enfermagem em MD contribua para a redução na variação em relação aos critérios estabelecidos e, conseqüentemente, para a obtenção de produtos finais uniformes, visto que esse produto ou serviço é consumido no exato momento da sua produção (Silva, 1996; Malik, 2006; Nogueira, 2008).

Figura 41 – Distribuição das respostas da proposição: *A eficácia das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem fica comprometida em virtude da área física.* São Paulo - 2011

A partir dos resultados obtidos na Figura 41, verifica-se que 85 (41,9%) profissionais discordam da assertiva: 58 (28,6%) total e 27 (13,3%) parcialmente; 23 (11,3%) permanecem indiferentes e 95 (46,8%) concordam com a proposição, destes 69 (34%) concordam parcialmente e 26 (12,8%), totalmente. Assim, não houve clareza na tendência das respostas, demonstrando a necessidade de análise da área física, no que tange à eficácia das atividades de enfermagem desenvolvidas nas diferentes unidades de atendimento.

Pode-se inferir que, a exemplo da Figura 11 da dimensão de estrutura, a disparidade das respostas pode ser consequência das diferentes estruturas físicas das unidades de atendimento da referida instituição.

A avaliação dos resultados da assistência à saúde reflete a qualidade da estrutura e dos processos, uma vez que a estrutura adequada facilita desempenho nas áreas de processo e de resultado, aumentando a probabilidade destes serem mais adequados, além de possibilitar o aumento da produtividade dos profissionais através da redução de movimentos e de pessoal (Adami e Maranhão, 1995; Malik, 1996; Bittar, 2004).

Figura 42 – Distribuição das respostas da proposição: *Os treinamentos realizados para a equipe de enfermagem propiciam atualização profissional.* São Paulo - 2011

A Figura 42 revela que a maioria dos respondentes, 189 (93,1%), concorda que os treinamentos realizados proporcionam a atualização dos profissionais de enfermagem em MD.

Tronchin, Melleiro e Takahashi (2010) afirmam que para o alcance da qualidade da assistência é imprescindível contar com profissionais capacitados, motivados e envolvidos no trabalho, para que os mesmos sejam protagonistas do processo em busca da qualidade.

Desta forma, é necessário que a capacitação profissional seja construída através de uma educação reflexiva e participativa, buscando não só a capacitação técnica específica dos trabalhadores, como também a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes, como a visão

crítica dos problemas contemporâneos, a responsabilidade social e a cooperação dentro e fora do trabalho (Castilho, 2000; Peres, Leite e Gonçalves, 2010).

Figura 43 – Distribuição das respostas da proposição: *Os indicadores demonstram satisfação dos clientes em relação aos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem.* São Paulo - 2011

Para a maior parte dos sujeitos 165 (81,3%), os usuários estão satisfeitos com os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem; os indiferentes representam 22 participantes (10,8%) e 16 (7,9%) discordam desta proposição, conforme retrata a Figura 43.

De acordo com Donabedian (1980, 1985), a qualidade de serviços de cuidado à saúde abrange o bem-estar do usuário, que avalia os cuidados prestados em relação aos ganhos e perdas esperadas e demais fatores intervenientes em todas as etapas do processo.

O autor evidencia que os usuários do serviço de saúde quase sempre pouco conhecem os detalhes técnicos da qualidade assistencial e, em geral, avaliam a qualidade técnica do cuidado de forma indireta, pelas evidências de interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e bem-estar.

Nessa direção, a qualidade depende do quanto esse serviço corresponde às expectativas dos usuários que o avaliam, de acordo com as suas experiências, com o que desejam e com o que esperam. No entanto,

tal expectativa pode ser influenciada por alguns fatores que contribuem para a qualidade nos serviços de saúde, entre eles: competência profissional, acessibilidade, eficácia e eficiência (Uchimura, Bosi, 2002; Polizer, D'innocenzo, 2006).

Figura 44 – Distribuição das respostas da proposição: *Os resultados dos indicadores não são divulgados, periodicamente, para a equipe de enfermagem. São Paulo - 2011*

A Figura 44 demonstra que 110 (65,6%) sujeitos discordam da assertiva com atributo negativo, sendo maior o percentual dos que discordam totalmente. Dentre os concordantes, 37 (18,2%) concordam parcialmente e 12 (5,9%), totalmente; 21 sujeitos (10,3%) permanecem indiferentes. Discordar desta proposição demonstra favorabilidade em relação à divulgação periódica dos resultados dos indicadores para a equipe de enfermagem.

A qualidade da assistência de enfermagem está intimamente relacionada ao desempenho das pessoas, ao processo de trabalho, à satisfação do cliente e à cultura organizacional. Por conseguinte, considera-se que o profissional deva conhecer o seu papel na corrente de ações necessárias à satisfação do cliente, para que desenvolva seu papel com segurança, consciência, responsabilidade e eficiência (Meyer, 1997 *apud* Cintra *et al.*, 2010).

Kurcgant, Tronchin e Melleiro (2006) afirmam que para se alcançar a qualidade, é essencial envolver os recursos humanos da instituição, assim

como proporcionar estratégias que conduzam as pessoas a trabalhar com entusiasmo, criatividade e motivação, uma vez que a qualidade depende de esforços e desempenho individual e coletivo.

Ainda nessa perspectiva, para Simões e Silva *et al.* (2009), é necessário ampliar cada vez mais a cultura de qualidade nos serviços de enfermagem, de tal modo que todos os profissionais sintam-se partícipes e responsáveis pela produção e utilização das informações geradas pelos indicadores para que exista uma cultura institucional de valorização da informação.

Figura 45 – Distribuição das respostas da proposição: *A equipe de enfermagem sente-se insegura no exercício de suas atividades devido às condições oferecidas pela instituição.* São Paulo - 2011

Averigua-se na Figura 45 que para 168 (82,8%) participantes, a instituição oferece condições de trabalhos seguras; 12 (5,9%) mostram-se indiferentes e 23 (11,3%) consideram que a equipe de enfermagem sente-se insegura no exercício de suas atividades.

Esse resultado é corroborado pela Figura 15 da dimensão de estrutura, na qual se observa que para 97,5% dos participantes, a instituição disponibiliza EPIs necessários para atuação da equipe de enfermagem nos diferentes setores da MD. Todavia, na dimensão de processo, a Figura 30 demonstra que menos da metade dos participantes afirma que a equipe de enfermagem sempre utiliza os EPIs disponibilizados.

Considera-se, portanto, a necessidade de se concentrarem esforços e recursos no sentido de promover mudanças no ambiente de trabalho, com a implementação de programas de prevenção e conscientização de práticas seguras que venham ao encontro das expectativas dos trabalhadores: cuidar-se ao mesmo tempo em que são cuidados pela instituição (Felli e Tronchin, 2010; Leitão, Fernandes e Ramos, 2008).

Figura 46 – Distribuição das respostas da proposição: *Há relatos de queixas, por parte dos clientes, referente à sua segurança*. São Paulo - 2011

Os achados da Figura 46 demonstram que 123 (60,6%) respondentes discordam totalmente da proposição com atributo negativo, 24 (11,8%), parcialmente, 20 (9,8%) mostram-se indiferentes, 28 (13,8%) concordam parcialmente, e 8 (4%) totalmente.

A preocupação com a segurança do usuário tem sido amplamente discutida porque a promoção da segurança é uma premissa que fundamenta as ações de melhoria da qualidade das instituições de saúde. Em MD, esta é uma preocupação latente, pois, atrelados aos avanços tecnológicos, agrega-se cada dia mais complexidade aos procedimentos diagnósticos.

Diante dessa realidade, cada instituição deve identificar, avaliar e trabalhar os riscos existentes e potenciais de acordo com as características e complexidade dos serviços oferecidos, de forma a priorizá-los e preveni-los, por meio do desenvolvimento de estratégias educacionais, de

comunicação e de monitoramento que reflitam a segurança ao usuário e a qualidade assistencial (Oliveira *et al.*, 2008).

Figura 47 – Distribuição das respostas da proposição: Os indicadores de satisfação dos clientes demonstram que os mesmos sentem-se acolhidos durante a sua permanência na instituição. São Paulo - 2011

No que tange o acolhimento dos usuários durante a sua permanência na instituição, observa-se na Figura 47 que 171 (84,3%) respondentes concordam com a proposição, destes, 98 (48,3%) total e 73 (36%) parcialmente; 22 participantes (10,8%) demonstram indiferença, 9 (4,4%) discordam de forma parcial, e 1 (0,5%) de forma total da proposição.

Um dos desafios do atendimento em MD é acolher o usuário, de forma integral e de acordo com suas necessidades, sem impactar na dinâmica do setor ou nos demais usuários, tendo em vista que o atendimento é realizado através de horários agendados, cuja gestão tem foco na produtividade dos trabalhadores e/ou dos equipamentos.

Para Beck e Minuzi (2008) o acolhimento deve contribuir para a construção da diversidade, da tolerância com os diferentes, da inclusão social e da escuta solidária. Contudo, a diretriz de acolher e de criar vínculos não pode se resumir aos trabalhadores da linha de frente, mas permear todo o sistema e as ações de gestão.

Desse modo, segundo as mesmas autoras, o acolhimento pressupõe um conjunto de atividades de escuta, identificação de problemas e

intervenções resolutivas para o seu enfrentamento, capacitando a equipe de saúde em responder às demandas dos usuários. Assim, ao receber atenção, seja pelo atendimento prestado, seja pelo vínculo estabelecido com os trabalhadores, o usuário retorna a esse serviço com maior frequência, pois a qualidade no atendimento está evidenciada.

Para o usuário, a qualidade está relacionada ao tipo de interação entre ele e o profissional de saúde; por isso, acolher e estar atento às preocupações do usuário são tão importantes quanto ter competência técnica (Siqueira, 2010).

Figura 48 – Distribuição das respostas da proposição: *A instituição é reconhecida pela atitude ética de seus trabalhadores. São Paulo - 2011*

Na Figura 48 encontram-se os dados que demonstram o nível mais favorável da dimensão de resultado, referente ao reconhecimento da atitude ética dos trabalhadores da instituição cenário deste estudo. A maioria dos participantes 195 (96,1%) concordou com a proposição; o percentual de discordantes é verificado em 1 (0,5%) e os indiferentes representam 7 (3,4%).

De acordo com Massarollo e Fernandes (2010), a ética deve ser considerada essencial na política organizacional e imprescindível para o seu desenvolvimento, uma vez que a opção por valores que humanizam a relação com o usuário traz benefícios para a própria empresa.

A ética baseada no cuidado e nas relações humanas permite o respeito à autonomia, à individualidade e aos direitos dos seres humanos e se concretiza através da satisfação das necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde (Souza, Sartor e Prado, 2005; Mendes, 2009).

Ao considerar que a satisfação do usuário e a qualidade do serviço prestado podem ser atribuídas às expectativas e necessidades individuais atendidas e que a ética se concretiza com o respeito à individualidade e o atendimento das necessidades dos usuários, pode-se afirmar que a ética e a qualidade são convergentes, uma vez que ao implementar ações de qualidade, as atitudes éticas inerentes da assistência à saúde estarão contempladas.

Figura 49 – Distribuição das respostas da proposição: *A equipe de enfermagem demonstra satisfação com a qualidade do atendimento que presta ao cliente. São Paulo - 2011*

A Figura 49 evidencia que 181 (89,1%) dos participantes concordam que a equipe de enfermagem demonstra satisfação com a qualidade do atendimento prestado ao usuário. A quantidade de respondentes indiferentes é de 11 (5,4%) e de discordantes é de 11 (5,5%).

Nunes *et al* (2010) relata que a satisfação com o trabalho pode ser caracterizada por um conjunto de sentimentos favoráveis que os indivíduos apresentam e, quanto maiores forem os fatores de satisfação, maior poderá

ser o empenho do profissional em prestar uma assistência qualificada, refletindo um serviço de melhor qualidade.

Dessa maneira, a satisfação no trabalho é uma ferramenta indispensável na busca da qualidade e produtividade, uma vez que o profissional satisfeito influencia positivamente as pessoas com as quais trabalha, realizando as tarefas de forma harmoniosa e produtiva (Antunes e Sant Anna, 1996; Campos, 2005).

4.4 ESCORES DE FAVORABILIDADE DAS TRÊS DIMENSÕES AVALIATIVAS

Na perspectiva de comparar os escores avaliados pela equipe de enfermagem, considerando o modelo avaliativo Donabediano, foram estabelecidas as medidas de tendência central e variabilidade, descritas nas Tabelas 3, 4 e 5 e comparadas entre si.

Nesta análise, pretende-se demonstrar a percepção da equipe de enfermagem frente ao objeto de estudo. Considera-se que quanto maior o escore obtido, mais favorável é a atitude do sujeito.

Tabela 3 - Distribuição dos valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores atribuídos pela equipe de enfermagem nas dimensões de estrutura, processo e resultado. São Paulo – 2011

Dimensão	N	Média	dp	Mediana	Min	Máx
Estrutura	203	57,3	19,7	60	19	75
Processo	203	56,8	10,3	58	13	64
Resultado	203	59,0	10,1	61	26	75
p*						0,0433

*Nível descritivo do teste não paramétrico de Kruskal Wallis

Os resultados da Tabela 3 mostram que o escore médio dos respondentes em relação à dimensão de resultado foi de 59 ($dp \pm 10,1$), superior ao de estrutura, que foi de 57,3 ($dp \pm 19,7$), e ao de processo, 56,8 ($dp \pm 10,3$). Ao se efetuar a comparação entre as três dimensões, obtêm-se diferença estatisticamente significativa, $p = 0,0433$.

Observa-se, então, que a dimensão melhor avaliada pela equipe de enfermagem é a de resultado, enquanto que a menos favorável é a de processo.

Tabela 4 - Distribuição dos valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores atribuídos pelos coordenadores de enfermagem nas dimensões de estrutura, processo e resultado. São Paulo – 2011

Dimensões	N	Média	dp	Mediana	Min	Máx
Estrutura	19	60,3	6,1	61	49	69
Processo	19	58,6	7,1	59	45	70
Resultado	19	60,2	6,2	64	49	72
p*						0,1207

*Nível descritivo do teste não paramétrico de Kruskal Wallis

Na Tabela 4, averigua-se que o escore médio atribuído pelos coordenadores de enfermagem em relação à dimensão de estrutura é de 60,3 (dp±6,1), superior ao de resultado, que é de 60,2 (dp±6,2), e ao de processo, 58,6 (dp± 7,1). Ao se efetuar a comparação entre as três dimensões, não se obtêm diferença estatisticamente significativa, p= 0,1207.

Percebe-se que a dimensão de estrutura é a melhor avaliada pelos coordenadores de enfermagem, seguida pela de resultado e de processo.

Dessa forma, nota-se diferença na avaliação das dimensões pela equipe de enfermagem e pelos coordenadores de enfermagem, sendo para esses últimos, a dimensão de estrutura melhor avaliada que a de resultado.

Tabela 5 - Distribuição dos valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores atribuídos pelos auxiliares e técnicos de enfermagem nas dimensões de estrutura, processo e resultado. São Paulo – 2011

Dimensões	N	Média	dp	Mediana	Min	Máx
Estrutura	184	57,0	11,1	60	19	75
Processo	184	56,7	10,5	58	13	75
Resultado	184	58,4	11,0	61	23	75
p*						0,1268

*Nível descritivo do teste não paramétrico de Kruskal Wallis

Verifica-se na Tabela 5 que o escore médio atribuído pelos auxiliares e técnicos de enfermagem em relação à dimensão de resultado é de 58,4 ($dp \pm 11,0$), superior ao de estrutura, 57,0 ($dp \pm 11,1$), e ao de processo, que é de 56,7 ($dp \pm 10,5$). Na comparação entre as três dimensões, não se obtêm diferença estatisticamente significativa, $p = 0,1268$.

Dessa maneira, a dimensão de resultado recebe o melhor escore pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, seguido pela de estrutura e de processo.

Figura 50 - Comparação dos escores de avaliação das dimensões de estrutura, processo e resultado pela equipe de enfermagem, coordenadores de enfermagem e auxiliares e técnicos de enfermagem. São Paulo - 2011

Demonstra-se através da Figura 50 que tanto para a equipe de enfermagem, que corresponde a todos os respondentes, como para os auxiliares e técnicos de enfermagem, a avaliação da dimensão de resultado é superior à de estrutura e à de processo. Contudo, para os coordenadores de enfermagem, a dimensão melhor avaliada é a de estrutura, seguida pela de resultado e de processo.

Pode-se inferir, diante dos resultados, que a dimensão de processo requer maior atenção, por parte da instituição pesquisada, tendo em vista que obteve menor escore de avaliação por parte dos respondentes.

CONCLUSÕES

O estudo da qualidade da assistência de enfermagem em MD, pautado nas dimensões de estrutura, de processo e de resultado, do modelo avaliativo Donabediano, na percepção da equipe de enfermagem, permite concluir que:

Quanto à caracterização dos participantes:

- ✓ **Sexo:** participação majoritária das mulheres, sendo 169 (83%) do sexo feminino e 34 (17%) do sexo masculino.
- ✓ **Faixa etária:** a média de idade dos trabalhadores é de 34,1 anos e a mediana é de 32 anos.
- ✓ **Tempo de formação:** o tempo médio é de 10,8 anos e a mediana de 9 anos.
- ✓ **Tempo de atuação na instituição:** o tempo médio é de 6,6 anos e a mediana é de 5 anos.
- ✓ **Categoria profissional:** 112 (55%) participantes são auxiliares de enfermagem, 72 (36%) técnicos de enfermagem e 19 (9%) enfermeiros.
- ✓ **Escolaridade:** 5 (2,5%) possuem ensino fundamental completo, 100 (49,3%) ensino médio completo, 3 (1,5%) ensino médio incompleto, 15 (7,4%) ensino superior completo, 58 (28,6%) superior incompleto e 22 (10,8%) possuem pós-graduação.

Quanto à dimensão estrutura:

- ✓ A maioria dos participantes demonstra percepção favorável aos aspectos que envolvem os materiais e equipamentos utilizados para a realização dos procedimentos, mobiliário, disponibilização dos EPIs e os programas de capacitação da equipe de enfermagem para atuar em MD.
- ✓ As IGs possuem informações atualizadas para 177 (87,1%) participantes, enquanto 174 (85,7%) afirmam que as ITRs são suficientemente detalhadas.
- ✓ Para 183 (90,1%) participantes, os fluxos propostos pela instituição visam o acolhimento dos usuários, 142 (69,9%) relatam que as salas de exames propiciam privacidade ao usuário.
- ✓ Há um espaço para divulgação de informações de interesse da equipe de enfermagem de acordo com 160 (78,8%) profissionais.
- ✓ Do total de sujeitos, 175 (86,2%) referem existir protocolos referentes à segurança do usuário.
- ✓ Não há clareza nas tendências das respostas dos participantes no que diz respeito à adequação do número de trabalhadores em relação ao número de atendimento prestados; ao sistema de informações permitir o acesso dos trabalhadores aos dados sigilosos dos usuários e à área física propiciar o bom andamento do processo de trabalho.

Quanto à dimensão processo:

- ✓ Os itens que apresentam melhores percentuais na dimensão de processo são: 194 (95,5%) referentes ao cumprimento das orientações, que visam minimizar os riscos aos usuários; 189 (93,1%) que demonstram interesse pelas expectativas do usuário; 185 (91,1%) relativos às implementações de ações para evitar recorrência de não conformidades; 182 (89,7%) quanto à utilização das ITRs para assegurar-se dos procedimentos padronizados e 190 (93,6%) concernente ao sigilo das informações obtidas durante o atendimento ao usuário.
- ✓ Do total de participantes, 111 (54,8%) relatam que há discussões sobre os indicadores da área entre a equipe e os coordenadores de enfermagem.
- ✓ 179 (88,2%) sujeitos consideram ter liberdade para fazer sugestões que possam contribuir para a melhoria da assistência prestada.
- ✓ Não há consenso nas respostas dos participantes em relação ao uso dos EPIs preconizados.
- ✓ Os piores resultados na dimensão de processo relacionam-se ao desperdício de tempo devido às distâncias percorridas entre o início e o fim do atendimento – 118 (58,1%) e à realização dos atendimentos de forma apressada – 100 (49,7%), devido ao número reduzido de trabalhadores.

Quanto à dimensão resultado:

- ✓ As assertivas que evidenciam maior favorabilidade dos participantes estão relacionadas ao reconhecimento pela atitude ética dos trabalhadores, à atualização profissional através dos treinamentos e à satisfação dos profissionais com a qualidade do atendimento prestado aos usuários.
- ✓ Para 180 (88,8%) dos sujeitos, as monitorias dos procedimentos de enfermagem contribuem para a diminuição de não conformidades relacionadas à assistência.
- ✓ Os usuários sentem-se acolhidos, bem como estão satisfeitos com os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, de acordo com, respectivamente, 171 (84,3%) e 165 (81,3%) dos respondentes.
- ✓ Na avaliação de 110 (65,6%) respondentes, os resultados dos indicadores da área são divulgados, periodicamente, à equipe de enfermagem.
- ✓ O pior escore relaciona-se ao número reduzido de trabalhadores de enfermagem, acarretando demora no atendimento e insatisfação do usuário, de acordo com 110 (54,2%) respondentes.
- ✓ Não há clareza nas respostas dos participantes em relação à eficiência das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem ser comprometida em virtude da área física da instituição.

Quanto aos fatores intervenientes na qualidade da assistência de enfermagem: favoráveis e desfavoráveis

- ✓ **Dimensão de estrutura: favorável** – disponibilidade de EPIs nas diversas áreas de atuação da enfermagem em MD; **desfavorável** – número de trabalhadores da equipe de enfermagem para o número de atendimentos prestados.
- ✓ **Dimensão de processo: favorável** – a instituição fornece orientações que visam à diminuição dos riscos ao usuário; **desfavorável** – desperdício de tempo devido às distâncias percorridas na área física entre o início e a finalização do atendimento.
- ✓ **Dimensão de resultado: favorável** – reconhecimento da atitude ética dos trabalhadores; **desfavorável** – insatisfação dos usuários referente à demora no atendimento se deve ao número reduzido de trabalhadores.

Quanto ao escore de favorabilidade nas dimensões de estrutura, processo e resultado:

- ✓ Na totalidade dos participantes, ocorre maior favorabilidade na dimensão de resultado, que apresenta escore médio de 59,0 ($dp \pm 10,1$), mínimo de 26 e máximo de 75. A dimensão de processo apresenta o escore menos favorável, com média de 56,8 ($dp \pm 10,3$), mínimo de 13 e máximo de 64, apresentando diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).
- ✓ Tanto para a totalidade dos respondentes como para os auxiliares e técnicos de enfermagem, a avaliação da dimensão de resultado é superior à de estrutura e à de processo.

- ✓ Há discordância na avaliação das dimensões pelos coordenadores de enfermagem em relação à totalidade dos participantes; para os coordenadores, a dimensão de estrutura é melhor avaliada que a de resultado.
- ✓ Na comparação entre as três dimensões, estratificada por categoria profissional, não se obtém diferença estatisticamente significativa para os coordenadores de enfermagem ($p= 0,1207$) e para os auxiliares e técnicos de enfermagem ($p= 0,1268$).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou estabelecer um diagnóstico situacional acerca da qualidade da assistência de enfermagem em MD, na percepção da equipe de enfermagem de uma instituição de MD, além de identificar os fatores que interferem nessa assistência, mediante as dimensões avaliativas de estrutura, processo e resultado.

Nesse sentido, a dimensão de resultado foi a melhor avaliada pela equipe de enfermagem, sobretudo nas questões relativas à satisfação em relação à qualidade da assistência de enfermagem prestada aos usuários e ao reconhecimento da atitude ética por parte dos profissionais.

Essa realidade corrobora com Mendes (2009), que afirma não haver, com efeito, ética de enfermagem sem cuidados com qualidade. Assim, pode-se afirmar que ética e qualidade são convergentes, uma vez que, ao implementar ações de qualidade visando atender às necessidades e expectativas dos usuários, as atitudes éticas inerentes à assistência à saúde estarão contempladas.

A dimensão de processo, que denota os procedimentos empregados e o desenvolvimento das atividades dos profissionais envolvidos na prestação de serviços ao usuário, obteve os escores menos favoráveis.

Cabe destacar que o quantitativo de trabalhadores de enfermagem, existentes na instituição, foi apontado como fator prejudicial na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem nas dimensões de processo e de resultado.

Também as questões relacionadas à estrutura física indicaram uma percepção desfavorável ou apresentaram divergência na tendência das respostas dos participantes em todas as dimensões avaliativas do modelo Donabedian.

Dessa maneira, acredita-se que esses achados possam contribuir para a avaliação da qualidade da assistência, devendo-se considerar as relações existentes entre estrutura, processo e resultado, e identificar o grau de causalidade e efeito existente a fim de fornecer subsídios para a reorganização dos processos de trabalho, assistenciais e gerenciais da enfermagem.

Ao concluir este estudo, ratifica-se que, para a consolidação dos processos de qualidade, é necessário promover o envolvimento e a participação dos recursos humanos da instituição, proporcionando condições para que os funcionários atuem com vontade política, atitude ética e com eficácia técnica, atendendo e superando as expectativas e necessidades do usuário.

REFERÊNCIAS

Adami NP, Yoshitome AY. Métodos de avaliação da assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2003; 56(1):52-6.

Adami NP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. Acta Paul. Enf. 1995; 8(4):47-55.

Almeida MCP. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. Cad. Saúde Pública. 1986; 2(4):505-10.

Andriolo A. O laboratório na assistência à saúde. Gestão estratégica em medicina laboratorial. 2007; (31):5-6.

Antunes AV, Sant Anna LR. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem. 1996; 57(4): 425-434.

Auriemo CC, Rosenfeld LGM. A medicina diagnóstica no Brasil. In: Amorin MCS, Perillo EBF organizadores. Para entender a saúde no Brasil. São Paulo: LCTE; 2006.

Barbosa LR. Relações entre liderança, motivação e qualidade na assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 422 - 430, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm.

Beck CLC, Minizi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. Saúde. 2008; 34 (1-2): 37-43.

Becker AA. A gestão do laboratório de análises clínicas por meio de indicadores de desempenho através da utilização do Balance Scorecard [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Engenharia, Universidade Federal do rio Grande do Sul; 2004.

Bittar OJN. Cultura & qualidade em hospitais. In: Quinto Neto A, Bittar OJN. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da casa; 2004.

Bonato VL. Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais. São Paulo: Ícone; 2007.

Bosi MSM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. Rev Saúde Pública. 2006; 41(1):150-3.

Braga AT. Análise do serviço de educação continuada de um hospital de ensino na percepção da equipe de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 10.

Brasil. Lei nº 10.241 de 17 de março de 1999. Disposições sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e das outras providências [legislação na internet]. São Paulo; 1999 [citado 2010 out. 23]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br>.

Brasil. Lei n. 10.098 de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências [legislação na internet]. Brasília; 2000 [citado 2010 out. 23]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>.

Brasil. Anvisa. Resolução – RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2002 [citado 2010 out. 23]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>

Brasil. Anvisa. Resolução – RDC nº 302 de 13 de outubro de 2005. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. [legislação na internet]. Brasília; 2005 [citado 2010 out. 23]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>

Brasil. Portaria n. 25, de 15 de outubro de 2001. Altera a Norma Regulamentadora que trata de Equipamento de Proteção Individual - NR 6 e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 2005 [citado 2010 out. 23]. Disponível em: <http://www.mte.gov.br>.

Brasil. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde) [legislação na internet]. Brasília; 2005 [citado 2010 out. 23]. Disponível em: <http://www.mte.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília; 2006.

Brasil. Resolução SS-27, de 28 de fevereiro de 2007. Aprova Norma Técnica que institui medidas de controle sobre o uso do Glutaraldeído nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde [legislação na internet]. São Paulo; 2007 [citado 2010 out. 23]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br>.

Campana GA, Faro LB, Gonzalez CPO. Fatores competitivos de produção em medicina diagnóstica: da área técnica para o mercado. J Bras Patol Med Lab. 2009; 45(4):295-303.

Campos RM. Satisfação da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) no ambiente de trabalho. [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.

Castilho V. Educação continuada em enfermagem: a pesquisa como possibilidade de desenvolvimento de pessoal. O Mundo da Saúde 2000; 24(5):357-60.

Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de recursos materiais. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. 2 ed .Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

Cintra EA, Pinto AC, Sousa EO, Rosa EV, Lima IA, Rodrigues SO. Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. Health Sci Inst. 2010; 28(1):29-34.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 240/2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília; 2000 [citado 2010 out. 23]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais de saúde e assemelhados. Brasília; 2004 [citado 2010 out. 23]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4 (2Supl): 15-25.

Capilheira MF, Santos IS. Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(2): 289-97.

Carvalho G, Rosemburg CP, Buralli KO. Avaliação de ações e serviços de saúde. Mundo saúde. 2000;24(1):72-88.

Costa MLA, Merighi MAB, Jesus CP. Ser enfermeiro tendo sido estudante-trabalhador de enfermagem: um enfoque da fenomenologia social. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):17-23.

Cucolo DF, Perroca MG. Monitorando indicadores de desempenho relacionados ao tempo de assistência da equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(2)497-503.

Dal Forno NLF. Clima organizacional e qualidade em serviços: estudo de caso em laboratórios de análises clínicas. [dissertação]. Santa Maria: Centro de tecnologia, Universidade Federal de Santa Maria; 2005.

Dantas MRCG, Suto CA, Hernandes V. Assistência de enfermagem nos métodos diagnósticos. In: Quilici AP organizador. Enfermagem em cardiologia. São Paulo: Atheneu; 2009.

Dias LPM, Monticelli M, Reibnitz KS, Lima LM. Possibilidade de conhecimento e arte na produção de inventos de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 1996; 5(1): 92-110.

D'Innocenzo M; Adami NP; Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev. bras. enferm. 2006; 59(1): 84-8.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Men Fund Q. 1966; 44(3):166-203.

Donabedian A. Some Issues in evaluating the quality of nurse care – Parte II. Am J Public Health Nations Health. 1969; 59(10):1833-5.

Donabedian A. The quality os medical care. Science. 1978; 200(4344):856-64.

Donabedian A. The definition os quality and approaches to its assessment: exploration in quality: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press; 1980. V.1.

Donabedian A. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Mexicana; 1984.

Donabedian A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press; 1985.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12):1743-8.

Donabedian A. The seven pillares of quality. Arch Pathol lab Med. 1990; 114(11):1115-8.

Donabedian A. Evaluación de la calidade de la atencion médica: In: White KL, Frenk J, organizadores. Investigaciones sobre serviços de salud: uma antologia. Washington: OPAS; 1992 p.382-404.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assesment and assurance. Qual. Rev. Bull. 1992; 20(6):975-92

Feldman LB, Cunha ICKO.. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14(4): 540-5.

Felli VEA, Tronchin DMR. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant P, organizador. *Gerenciamento em enfermagem*. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

Fischbach FT. *Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

Flores RE. A medicina baseada em evidências e o diagnóstico laboratorial. *NewsLab*. 2005; (73):92-102.

Frenk J. In Memoriam Avedis Donabedian. *Rev. salud pública de México*. 2000; 42(6):556-7.

Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, organizador. *Gerenciamento em enfermagem*. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

Galvão CM, Trevisan MA, Sawada NO. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. *Rev. Esc. Enf. USP*. 1998; 32(4): 302-6.

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(6):966-972.

Honório MT, Albuquerque GL. A gestão de materiais em enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2005; 4(3):259-268.

Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos *Acta Paul Enferm* 2010; 23(3):379-84.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). Characteristics of clinical indicators. *Quality review bulletin*. 1989; 15(11): 330-9.

Juchem BM. Contraste iodado em tomografia computadorizada: Reações adversas imediatas em pacientes hospitalizados [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do rio Grande do Sul; 2005.

Junqueira LAP, Auge APF. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Caderno Fundap*. 1995:60-78.

- Kluck M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. RAS. 2002; 4(16):27-32.
- Knottnerus JA, Well C, Muris JWM. Evaluation of diagnostic procedures. BMJ. 2002; 324(23):477-480.
- Koch RM, Motta HS, Walter RL, Horiuchi LNO, Paloschi IM, Ribas MLW. Técnicas básicas de enfermagem. Curitiba: Florence; 1996.
- Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. Acta Paul. Enferm. 2006; 19(1): 88-91.
- Leitão IMTA, Fernandes AL, Ramos IC. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. Cienc Cuid Saude 2008; 7(4):476-484.
- Leite AIT, Claudino HG, Santos SR. A importância de ser ético: da teoria à prática na enfermagem. Cogitare Enferm. 2009; 14 (1):172-7.
- Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2): 502-511.
- Malarkey LM. Nurse's manual of laboratory tests and diagnostics procedures. Philadelphia: W.B Saunders Company; 1996.
- Malik AM. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. Cadernos Fundap. 1996;(19)7-24.
- Malik AM. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006.
- Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- Marinho RC. Manual de práticas e assistência de enfermagem no setor de diagnóstico por imagem. São Paulo: Iátria; 2010.
- Massarollo MCKB, Fernandes MFP. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.
- Melleiro MM. A qualidade da assistência de enfermagem em unidades pediátricas sob a ótica de acompanhantes-usuários de um hospital de ensino [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Mendes G. A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(1):165-169.

Mezomo JC. *Gestão da qualidade na saúde.* Barueri: Manole; 2001.

Monte ADAS, Adami NP, Barros ALBL. Métodos avaliativos de assistência de enfermagem em instituições hospitalares. *Acta Paul Enf.* 2001; 14(1):89-97.

Morais AS. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência de adultos: a percepção do usuário [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Mota NVVP, Melleiro MM, Tronchin DMR. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato de experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. *RAS.* 2007; 9(34):9-15.

Motta VT, Corrêa JA, Motta LR. *Gestão da qualidade no laboratório clínico.* Caxias do Sul: Editora Médica Missau; 2001.

Moura RAA. *Colheita de material para exames de laboratório.* São Paulo: Atheneu; 1998.

Mugno KCU, Ferraz MB. Sistemas de informações como ferramenta de cálculo e gestão de custos em laboratórios de análises clínicas. *J Bras Patol Med Lab* 2006; 42(2): 95-102.

Nepomuceno LMR, Kurcgant P. Uso de indicadores de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm USP* 2008; 42(4): 665-72.

Nischimura LY, Potenza MM, Cesaretti IUR. *Enfermagem nas unidades de diagnóstico por imagem.* São Paulo: Atheneu; 1999.

Nogueira RP. *Perspectivas da qualidade em saúde.* Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.

Nogueira LCL. *Gerenciando pela qualidade total na saúde.* Nova Lima: INDG Tecnologia e Servilos Ltda.; 2008.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Ver Saúde Pública.* 2000; 34(5):547-59.

Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2010;12(2):252-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a04.htm>.

- Oliveira MA, Alvarenga DC, Leão ER, Correa AD, Avansi PA. Gestão de riscos. In: Leão ER, Silva CPR, Alvarenga DC, Mendonça SH, organizadoras. Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2008.
- Padilha MICS, Vaghetti HH, Brodersen G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. R Enferm UERJ 2006; 14(2):292-300.
- Pasquali L. Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1996.
- Pedreira MLG. Errar é humano: estratégias para a busca da segurança do paciente. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo (SP): Atheneu; 2006.
- Peduzzi M, Anselmi ML. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. Rev Bras Enferm 2004; 57(4):425-9.
- Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e trabalho grupal. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.
- Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Polizer R, D'Innocenzo M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2006; 59(4): 548-551.
- Radvany J. Ressonância: Premio Nobel magnetizado. Ser médico 2004; 6(26): 17-9.
- Rego MMS, Porto IS. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem. Acta Paul Enf. 2005; 18(4): 434-8.
- Ricardo CM, Fugulin FMT, Souza TM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: análise do tempo efetivo de trabalho das enfermeiras da UTI pediátrica do HU-USP. Rev Gaúcha Enferm. 2004; 25(3):357-66.
- Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. Rev Bras Enferm 2008 61(1): 113-6.

Rodrigues MVC. Ações para a qualidade GEIQ: gestão integrada para a qualidade padrão Seis Sigma – classe mundial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.

Sannazzaro CA. Contribuição para o estudo dos custos unitários de análises bioquímicas quantitativas realizadas pelo processo manual e pelo processo automático no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1993.

Sannazzaro CA, Coelho LT. A essência da qualidade no laboratório. Laes&Haes 1996; 8(100): 51-6.

Sápia T, Ciampone MHT. Atuação do enfermeiro em medicina diagnóstica. In: Kalinowski CE, coordenadora. Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto: PROENF. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2006.

Sápia T. Perfis comportamentais e estilos de mobilização de enfermeiros gestores de um serviço de medicina diagnóstica clínicas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Silva AM. Caracterização do trabalho da enfermagem em laboratório de análises clínicas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Silva VEF. Manuais de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1991.

Simões e Silva C, Gabriel CS, Bernardes A, Évora YDM. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(2):263-71.

Siqueira VTA. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Souza FSL. Indicadores da qualidade em enfermagem na síndrome coronariana aguda [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

Souza ML, Sartor VVB, Prado ML. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005; 14(1):75-81.

Svaldi JSD, Lunardi Filho WD. Gestão da qualidade total na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2000; 9(2): 238-250.

Sumita NM organizador. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Medicina laboratorial para coleta de sangue venoso. 2ª ed. Barueri: Manole; 2010.

Taffner VB. Dilemas éticos: a percepção de enfermeiros de instituição de medicina diagnóstica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Takahashi RT, Gonçalves VLM. Gerenciamento de recursos físicos e ambientais. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2):331-340.

Talhaferro B, Barboza, DB, Oliveira AR. Adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual pela enfermagem. Rev. Ciênc. Méd., Campinas. 2008; 17(3-6):157-166.

Tanji S, Novakoski LER. O cuidado humanizado num contexto hospitalar. Texto Contexto Enferm. 2000; 9(2): 800-811.

Teixeira JDR, Camargo FA, Tronchin DMR, Melleiro MM. A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. R Enferm UERJ. 2006; 14(2):271-8.

Tronchin DMR. Análise da qualidade da assistência de enfermagem de um hospital de ensino sob a perspectiva de enfermeiros [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia AN, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(3):542-6.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(6):1561-1569.

Vargas MA, Albuquerque GL, Erdman AL, Ramos FRS. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? Rev Bras Enferm. 2007; 60(3):339-43.

Vieira APM, Kurcgant P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(1):11-5.

Yuri NE, Tronchin DMR. Qualidade assistencial na divisão de enfermagem materno-infantil de um hospital universitário na ótica de enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):331-8.

Zapparoli AS. Promoção da saúde do trabalhador de enfermagem: análise da prática segura do uso de luvas na punção venosa periférica [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. Registro dos esclarecimentos da pesquisadora aos participantes da pesquisa.

Eu, *Ana Claudia Alcântara Garzin*, enfermeira, mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), venho convidá-lo a participar da pesquisa intitulada: *“Percepção da qualidade da assistência de enfermagem em medicina diagnóstica sob a ótica de uma equipe de enfermagem”*, que tem por objetivo conhecer a opinião dos trabalhadores de enfermagem em medicina diagnóstica em relação aos fatores intervenientes na assistência prestada. Para tanto, será aplicado um questionário, constituído de duas partes: na primeira os dados sócio-demográficos dos participantes e na segunda parte uma escala, para os participantes emitirem suas opiniões.

O conteúdo do questionário será confidencial, sigiloso e suas respostas estarão sob minha responsabilidade, sendo utilizado apenas para a realização do estudo, podendo os resultados ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

Sua participação no estudo será totalmente voluntária, podendo, se desejar, deixá-lo a qualquer momento. Caso aceite participar desta pesquisa, solicito a sua assinatura no item II deste documento, que contém duas vias, sendo uma para o participante da pesquisa e a outra ficará com a pesquisadora.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa. Os meus telefones para contato são (11) 75154374 e (11) 42283005.

São Paulo, de de 2010.

Ana Claudia Alcântara Garzin

II. Registro e assinatura do participante da pesquisa

Compreendo o objetivo desta pesquisa e concordo em participar de forma livre da mesma, entendendo que as informações serão confidenciais, que não haverá identificação nominal, que as informações serão utilizadas apenas para realização do estudo e que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar deste estudo.

Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos foram prestados pela pesquisadora.

São Paulo, de de 2010.

Participante

APÊNDICE 2- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM MEDICINA DIAGNÓSTICA SOB A ÓTICA DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Parte A – Dados sociodemográficos:

- a) Idade: _____ anos
- b) Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
- c) Formação escolar:
- ☐ Ensino fundamental completo
 - ☐ Ensino fundamental incompleto
 - ☐ Ensino médio completo
 - ☐ Ensino médio incompleto
 - ☐ Ensino superior completo
 - ☐ Ensino superior incompleto
 - ☐ Pós - graduação
- d) Tempo de formação (anos): _____
- e) Função exercida na instituição:
- ☐ Coordenador de Enfermagem
 - ☐ Assistente de Enfermagem (técnico de enfermagem)
 - ☐ Assistente de Enfermagem (auxiliar de enfermagem)
- g) Tempo na função (anos): _____
- h) Tempo na instituição (anos): _____
- i) Áreas de atuação (anotar todas as áreas em que atua):
- ☐ Coordenação
 - ☐ Análises clínicas ☐ Unidade infantil
 - ☐ Líquor, Mielograma, grupo especial e fungos
 - ☐ Cardiologia ☐ Endoscopia ☐ Colposcopia
 - ☐ Imagem ☐ Punções ☐ Vacinas
 - ☐ Outros: _____

B – Questionário referente à estrutura, processo e resultado

Instruções para o preenchimento

Este questionário contém uma série de frases referentes à Medicina Diagnóstica, com as seguintes possibilidades de respostas:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo Nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Ao final da leitura de cada frase, assinale com um X, no espaço correspondente à alternativa escolhida, conforme o grau de concordância com a afirmação.

Exemplo: O céu é azul.

Caso você **discordo totalmente** dessa frase, assinale o número **1**.

Caso você **mais discordo do que concorde** dessa frase, assinale o número **2**.

Caso você **nem concorde e nem discordo** dessa frase, assinale o número **3**.

Caso você **mais concorde do que discordo** dessa frase, assinale o número **4**.

Caso você **concorde totalmente** dessa frase, assinale o número **5**.

Obrigada pela colaboração.

MEDICINA DIAGNÓSTICA	Discordo totalmente 1	Discordo parcialmente 2	Nem concordo Nem discordo 3	Concordo parcialmente 4	Concordo plenamente 5
1. A área física em que atuo não propicia o bom andamento do processo de trabalho da equipe de enfermagem.					
2. A equipe de enfermagem manuseia com facilidade os equipamentos, mesmo quando suas instruções estão em outro idioma.					
3. As monitorias dos procedimentos de enfermagem contribuem para a diminuição de não conformidades					
4. Os indicadores demonstram satisfação dos clientes em relação aos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem.					
5. O sigilo das informações obtidas durante o atendimento aos clientes é mantido pela equipe de enfermagem.					
6. Os fluxos propostos para o atendimento na instituição visam o acolhimento dos clientes.					
7. As salas de exames não propiciam privacidade ao cliente.					
8. A realização dos procedimentos padronizados é dificultada pelos materiais disponibilizados.					
9. A equipe de enfermagem deixa de cometer falhas nos procedimentos ao consultar as instruções gerais (IGs).					
10. A equipe de enfermagem tem liberdade para fazer sugestões que possam contribuir para a melhoria da assistência prestada.					
11. A instituição disponibiliza equipamentos de proteção individual (EPI) aos seus trabalhadores.					
12. Ocorre desperdício de tempo no atendimento devido às distâncias percorridas entre o início e a finalização do procedimento.					

MEDICINA DIAGNÓSTICA	Discordo totalmente 1	Discordo parcialmente 2	Nem concordo Nem discordo 3	Concordo parcialmente 4	Concordo plenamente 5
13. Há relatos de insatisfação, por parte dos clientes, com os materiais utilizados durante os procedimentos.					
14. A instituição é reconhecida pela atitude ética de seus trabalhadores.					
15. Não há discussões entre a coordenação e a equipe de enfermagem a respeito dos indicadores da área.					
16. A equipe enfermagem é capacitada para atuar nos procedimentos.					
17. As instruções gerais (IGs) não possuem informações atualizadas.					
18. Os atendimentos são realizados apressadamente em razão do número de trabalhadores existentes.					
19. Ocorre manipulação de equipamentos de forma equivocada, pois as instruções não estão em português.					
20. Há relatos de queixas, por parte dos clientes, referente à sua segurança.					
21. Ao atender os clientes a equipe de enfermagem demonstra interesse por suas expectativas.					
22. A instituição disponibiliza um canal de comunicação entre os trabalhadores e a diretoria.					
23. Os equipamentos que utilizo durante minhas atividades são de difícil manuseio.					
24. A equipe de enfermagem utiliza as instruções de trabalho (ITRs) para assegurar-se dos procedimentos padronizados.					

MEDICINA DIAGNÓSTICA	Discordo totalmente 1	Discordo parcialmente 2	Nem concordo Nem discordo 3	Concordo parcialmente 4	Concordo plenamente 5
25. Os treinamentos realizados para a equipe de enfermagem propiciam atualização profissional.					
26. A equipe de enfermagem nem sempre utiliza os equipamentos de proteção individual (EPI) preconizados para as atividades.					
27. No meu local de trabalho há um espaço para divulgação de informações de interesse da equipe de enfermagem.					
28. As instruções de trabalho (ITRs) são suficientemente detalhadas.					
29. A equipe de enfermagem explica os procedimentos aos clientes de forma individualizada.					
30. A eficácia das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem fica comprometida em virtude da área física.					
31. A equipe de enfermagem sente-se insegura no exercício de suas atividades devido às condições oferecidas pela instituição.					
32. Os treinamentos desenvolvidos pelo Setor de Educação não atendem às necessidades da equipe de enfermagem.					
33. O sistema de informação da instituição permite acesso dos trabalhadores aos dados sigilosos do cliente.					
34. O mobiliário da unidade não é adequado para atender, com segurança, as necessidades dos clientes.					
35. A equipe de enfermagem tem dificuldade em encontrar as informações necessárias nas instruções gerais (IGs) quando em dúvida sobre algum exame.					
36. As insatisfações manifestadas pelos clientes referentes à demora no atendimento de enfermagem não se deve ao número reduzido de trabalhadores.					

MEDICINA DIAGNÓSTICA	Discordo totalmente 1	Discordo parcialmente 2	Nem concordo Nem discordo 3	Concordo parcialmente 4	Concordo plenamente 5
37. As instruções de trabalho (ITRs) propiciam a qualidade assistencial devido a sua clareza.					
38. Os resultados dos indicadores não são divulgados, periodicamente, para a equipe de enfermagem.					
39. A equipe de enfermagem segue as orientações preconizadas pela instituição, visando minimizar riscos ao cliente.					
40. O número de trabalhadores na equipe de enfermagem é suficiente para o número de atendimentos prestados.					
41. Os materiais disponibilizados para a realização de exames são adequados aos procedimentos realizados.					
42. Os indicadores de satisfação dos clientes demonstram que os mesmos sentem-se acolhidos durante a sua permanência na instituição.					
43. A equipe de enfermagem demonstra satisfação com a qualidade do atendimento que presta ao cliente.					
44. Na ocorrência de não conformidade relativa à assistência de enfermagem, são implementadas ações para que a mesma não se repita.					
45. Na instituição em que atuo não existem protocolos referentes à segurança do cliente.					

Ao retornar-me, por favor, verifique se consta: uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e o Instrumento de Coleta de Dados parte A e B preenchido.

APÊNDICE 3 - Ofício para participação de especialistas na validação opinativa da Escala de Likert do projeto de pesquisa “Percepção da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica de uma equipe de enfermagem”.

Prezado Senhor (a)

Venho solicitar a sua participação, como especialista, na validação opinativa do conteúdo da Escala de Likert do projeto de pesquisa acima citado.

Trata-se de uma dissertação para obtenção do título de mestre em ciências na área de concentração de Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof^a Dr^a Marta Maria Melleiro.

O objetivo deste estudo é analisar a percepção dos trabalhadores de enfermagem de uma empresa de medicina diagnóstica acerca da qualidade da assistência de enfermagem prestada, considerando as dimensões de estrutura, processo e resultado.

As proposições referentes a cada dimensão foram pautadas e descritas no modelo Donabediano, que é o referencial teórico do estudo e na experiência da pesquisadora.

A finalidade da sua participação é contribuir para a validação do conteúdo do instrumento de coleta de dados empregado neste estudo, enquanto uma ferramenta de mensuração da qualidade da assistência de enfermagem em uma empresa de medicina diagnóstica. Assim, essa validação proporcionará fidedignidade ao instrumento, na ocasião de sua aplicação.

Envio para sua avaliação e julgamento as proposições de cada dimensão – estrutura, processo e resultado e as respectivas planilhas a serem preenchidas, sendo o instrumento composto por duas etapas.

Solicito, ainda, que seja verificada a possibilidade de devolução do presente documento até o dia 08/04/10, conforme acordado anteriormente.

Agradeço sua atenção e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Ana Claudia Alcântara Garzin

Instrumento para validação opinativa da Escala de Likert do projeto de pesquisa “Percepção da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica de uma equipe de enfermagem”.

Etapa I: Destina-se a verificar a relevância, clareza, a pertinência e a sensibilidade relativa ao conteúdo das proposições em relação às dimensões de estrutura, processo e resultado.

Relevância: é significativo para a qualidade da assistência de enfermagem em medicina diagnóstica?

Clareza: é de fácil compreensão, emprega frase curta, as expressões são simples e inequívocas?

Pertinência: compõe a dimensão de estrutura?

Sensibilidade: permite diferenciação entre os graus da escala?

ESTRUTURA	
1. Os materiais disponibilizados para a realização de exames são adequados aos procedimentos realizados.	<p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
2. Os equipamentos que utilizo durante minhas atividades são de difícil manuseio.	<p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
3. O número de trabalhadores da equipe de enfermagem é insuficiente para o número de atendimentos prestados.	<p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>

<p>4. As instruções gerais (manuais) possuem informações atualizadas.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>5. As instruções de trabalho (manuais) são detalhadas.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>6. Utilizo materiais descartáveis apropriados aos procedimentos que realizo.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>7. A área física não propicia o bom andamento do processo de trabalho da equipe de enfermagem.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>8. A equipe enfermagem é capacitada para atuar nos procedimentos.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>9. As salas de exames não propiciam privacidade ao usuário.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>10. Os resultados dos indicadores relacionados ao trabalho da enfermagem são divulgados nos postos de enfermagem.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p>

Caso não, sugestões: _____ _____
11. A instituição disponibiliza equipamentos de proteção individual (EPI) aos seus trabalhadores. Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não Caso não, sugestões: _____ _____
12. Percebo a ausência de protocolos referentes à segurança do usuário. Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não Caso não, sugestões: _____ _____
13. Observo que os fluxos propostos na instituição visam o acolhimento dos usuários. Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não Caso não, sugestões: _____ _____
14. O sistema de informação da instituição permite acesso dos trabalhadores aos dados sigilosos do usuário. Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não Caso não, sugestões: _____ _____
15. A instituição disponibiliza um canal de comunicação entre os trabalhadores e o corpo diretivo. Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não Caso não, sugestões: _____ _____

➤ As quinze proposições contemplam o universo teórico em relação ao componente de estrutura?

() sim () não

Caso não, indique quais:

➤ Há necessidade de excluir alguma proposição?

() sim () não

Caso sim, indique quais:

➤ Há necessidade de incluir algum outro elemento no componente de estrutura?

() sim () não

Caso sim, indique quais:

PROCESSO

1. Sinto dificuldade ao realizar os procedimentos padronizados com os materiais disponibilizados.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não

Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões: _____

2. Manuseio com facilidade os equipamentos, mesmo quando suas instruções estão em outra língua.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não

Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões: _____

3. Realizo os atendimentos com pressa em razão do número de trabalhadores existentes.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não

Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões: _____

<p>4. Não encontro as informações necessárias nas instruções gerais (manuais) quando tenho dúvida sobre algum exame.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>5. Utilizo as instruções de trabalho (manuais) para assegurar-me dos procedimentos padronizados.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>6. Posso optar por materiais descartáveis de custo elevado para realizar os procedimentos, de acordo com a minha avaliação.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>7. Gasto muito tempo entre o início e o término de um atendimento, em virtude das distâncias que percorro.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>8. Os treinamentos desenvolvidos pelo Setor de Educação não atendem às necessidades da equipe de enfermagem.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>9. Explico os procedimentos aos usuários, de forma individualizada, antes de realizá-los.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>

<p>10. Não há discussões entre a liderança e a equipe de enfermagem a respeito dos indicadores da área.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>11. Deixo de utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI) preconizados durante minhas atividades.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>12. Sigo as orientações preconizadas na instituição, visando minimizar riscos ao usuário.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>13. Demonstro interesse pelas expectativas dos usuários ao atendê-los.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>14. Mantenho sigilo das informações que obtenho dos usuários na minha prática profissional.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>15. Tenho liberdade para fazer sugestões que possam contribuir para a melhoria da assistência prestada.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>

- As quinze proposições contemplam o universo teórico em relação ao componente de processo?

() sim () não

Caso não, indique quais:

- Há necessidade de excluir alguma proposição?

() sim () não

Caso sim, indique quais:

- Há necessidade de incluir algum outro elemento no componente de processo?

() sim () não

Caso sim, indique quais:

RESULTADO
<p>1. Os usuários manifestam insatisfação com os materiais utilizados nos procedimentos.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>2. Já manipulei equipamentos de forma equivocada, pois não estavam em português.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>

<p>3. As insatisfações manifestadas pelos usuários referentes à demora no atendimento de enfermagem não se deve ao número reduzido de trabalhadores.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>4. Deixei de cometer falhas nos procedimentos ao consultar as instruções gerais – IGs.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>5. As instruções de trabalho – ITRs propiciam a qualidade assistencial, devido ao seu detalhamento.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>6. Escolhi material inadequado para realizar o procedimento em virtude do menor custo.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>7. A área física da instituição não contribui para a total eficácia de minhas atividades.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>8. Os treinamentos que participei propiciaram minha atualização profissional.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>9. Os usuários mostram-se satisfeitos com as orientações sobre os procedimentos que realizo.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p>

<p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>10. Os resultados dos indicadores não são divulgados periodicamente para a equipe de enfermagem.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>11. A unidade proporciona segurança aos trabalhadores durante o exercício de suas atribuições.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>12. Percebo que os usuários sentem-se inseguros ao serem atendidos na instituição.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>13. Os usuários sentem-se acolhidos durante a sua permanência na instituição.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>14. A instituição é reconhecida pela postura ética de seus trabalhadores.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>
<p>15. Sinto-me satisfeito com a qualidade do atendimento que presto ao usuário.</p> <p>Relevância: () sim () não Clareza: () sim () não</p> <p>Pertinência: () sim () não Sensibilidade: () sim () não</p> <p>Caso não, sugestões: _____</p> <p>_____</p>

- As quinze proposições contemplam o universo teórico em relação ao componente de resultado?

() sim () não

Caso não, indique quais:

- Há necessidade de excluir alguma proposição?

() sim () não

Caso sim, indique quais:

- Há necessidade de incluir algum outro elemento no componente de resultado?

() sim () não

Caso sim, indique quais:

Etapa II: Destina-se a verificar se a escala é efetiva, exeqüível e suficiente.

➤ A quantidade de intervalos está apropriada?

() sim () não

Caso não: () Excessiva () Insuficiente

Sugestões: _____

➤ A descrição dos graus está adequada?

() sim () não

Caso não, sugestões:

APÊNDICE 4 – ALPHA DE CRONBACH

Item	Variables Standarted		Variables Unstandarted	
	Item-test		Item-test	
	Correlation	Alpha	Correlation	Alpha
For Standardized variables: 0,901				
p1	0.4447	0.8981	0.4604	0.8930
p2	0.2627	0.9005	0.2760	0.8965
p3	0.4464	0.8980	0.4303	0.8934
p4	0.4828	0.8975	0.4681	0.8932
p5	0.3194	0.8997	0.2989	0.8949
p6	0.5113	0.8972	0.4987	0.8926
p7	0.4680	0.8977	0.4748	0.8928
p8	0.5314	0.8969	0.5369	0.8920
p9	0.3525	0.8993	0.3372	0.8945
p10	0.3711	0.8990	0.3673	0.8945
p11	0.3611	0.8992	0.3326	0.8947
p12	0.4763	0.8976	0.4967	0.8925
p13	0.4529	0.8979	0.4552	0.8931
p14	0.3460	0.8994	0.3354	0.8945
p15	0.1937	0.9014	0.1976	0.8972
p16	0.4486	0.8980	0.4373	0.8934
p17	0.5076	0.8972	0.5009	0.8928
p18	0.4337	0.8982	0.4485	0.8932
p19	0.3817	0.8989	0.3879	0.8940
p20	0.4038	0.8986	0.4126	0.8937
p21	0.4239	0.8983	0.4196	0.8936
p22	0.2968	0.9000	0.3184	0.8967
p23	0.2783	0.9003	0.2759	0.8954
p24	0.5258	0.8970	0.5161	0.8923
p25	0.5149	0.8971	0.4982	0.8927
p26	0.3889	0.8988	0.4033	0.8940
p27	0.4204	0.8984	0.4374	0.8936
p28	0.6126	0.8958	0.6114	0.8907
p29	0.3480	0.8993	0.3414	0.8946
p30	0.5149	0.8971	0.5272	0.8920
p31	0.4031	0.8986	0.4032	0.8938
p32	0.6040	0.8959	0.6043	0.8909
p33	0.3828	0.8989	0.3908	0.8942
p34	0.5626	0.8964	0.5621	0.8914
p35	0.4791	0.8976	0.4717	0.8929

p36	0.0879	0.9027	0.0940	0.8984
p37	0.5617	0.8965	0.5547	0.8916
p38	0.3830	0.8989	0.3896	0.8941
p39	0.4932	0.8974	0.4715	0.8931
p40	0.4178	0.8984	0.4361	0.8939
p41	0.4703	0.8977	0.4643	0.8930
p42	0.5284	0.8969	0.5323	0.8919
p43	0.4688	0.8977	0.4637	0.8930
p44	0.5772	0.8962	0.5695	0.8915
p45	0.4468	0.8980	0.4347	0.8935