ReGeo ISSN: 2177-3246

PROPOSTA DE MODELO DE LIDERANÇA ORIENTADO POR DADOS PARA A EFETIVIDADE DO SETOR DE ENFERMAGEM

PROPOSAL OF A DATA-DRIVEN LEADERSHIP MODEL TO OPTIMIZE THE EFFECTIVENESS OF THE NURSING DEPARTMENT

PROPUESTA DE UN MODELO DE LIDERAZGO BASADO EN DATOS PARA OPTIMIZAR LA EFECTIVIDAD DEL SECTOR DE ENFERMERÍA

https://doi.org/10.56238/revgeov17n7-185

Data de submissão: 30/06/2026 **Data de publicação:** 31/07/2026

Susana Rute Ferreira Gregório
Mestre em Enfermagem
Instituição: Instituto de Ciências Abel Salazar (ICBAS)
Endereço: Portugal
E-mail: sugreg@gmail.com

Elizabeth Bernardino
Doutora em Enfermagem
Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Endereço: Brasil
E-mail: elizaber@ufpr.br

Bruno Filipe Carvalho Soares
Doutor em Comunicação
Instituição: Hospital de S. Martinho
Endereço: Portugal
E-mail: brunosoares@grupopmv.pt

Maria Margarida Silva Vieira Ferreira
Doutora em Enfermagem
Instituição: Escola Superior de Saúde Jean Piaget Vila Nova Gaia
Endereço: Portugal
E-mail: margarida.v.ferreira@ipiaget.pt

José Miguel Afonso Matos da Silva
Mestre em Enfermagem
Instituição: Hospital CUF Porto (CUF)
Endereço: Portugal
E-mail: jmiguels1@hotmail.com

Maria Manuela Martins
Doutora em Enfermagem
Instituição: Instituto de Ciências Abel Salazar (ICBAS)
Endereço: Portugal
E-mail: mmmartins1956@gmail.com

RESUMO
Objetivo: Propor e especificar um modelo de liderança orientado por dados para a mudança organizacional no setor de enfermagem, integrando governança, registros clínicos, percepções profissionais e indicadores sensíveis. Método: Estudo teórico-conceitual de desenvolvimento de modelo, baseado em síntese configurativa de produtos de pesquisa (revisão de escopo, estudos documentais de registros clínicos, análise de riscos/barreiras, inquéritos de percepção com a EPAECQC, comparação público–privado e triangulação percepções/registros). As etapas incluíram preparação do corpus, extração independente, codificação, agregação de constructos, mapeamento por Donabedian, formulação de relações conceituais hipotéticas, revisão por peritos/autores e construção de diagrama. Resultados: O modelo organiza a ação de liderança em seis dimensões interdependentes como governança estratégica; liderança e cultura; qualidade do processo assistencial; qualidade do registro clínico; aprendizagem organizacional; e resultados sensíveis de enfermagem e apresenta uma matriz de indicadores priorizáveis com metadados operacionais. Discussão: Os achados documentais apontam atenção a planejamento e vigilância e lacunas no encadeamento avaliação, risco, intervenção, resultado; percepções profissionais são informativas, mas parciais; a triangulação entre fontes é proposta como mecanismo regular de governança. Conclusões: O modelo oferece um roteiro operativo orientado por dados e proposições testáveis para alinhar liderança, dados e melhoria contínua; próximos passos incluem validação Delphi, estudo de viabilidade e avaliação longitudinal/multinível.

Palavras-chave: Liderança em Enfermagem. Mudança Organizacional. Indicadores Sensíveis de Enfermagem. Qualidade da Assistência à Saúde. Documentação Clínica.

ABSTRACT
Objective: To propose and specify a data-driven leadership model for organizational change in nursing, integrating governance, clinical documentation, nurses' perceptions, and nursing-sensitive indicators. Methods: Theoretical–conceptual model development based on a configurative synthesis of mixed products (scoping review, documentary studies of clinical records, risk/barrier analysis, EPAECQC surveys, public–private comparison, and perceptions–records triangulation). Sequential steps included corpus preparation, independent extraction, coding, construct aggregation, Donabedian mapping, formulation of hypothetical conceptual relations, expert/author review, and diagram construction. Results: The model organizes leadership action into six interdependent dimensions , strategic governance; leadership and culture; quality of care processes; quality of clinical documentation; organizational learning; and nursing-sensitive outcomes and provides a matrix of prioritizable indicators with operational metadata. Discussion: Documentary findings show emphasis on planning and surveillance and gaps in the evaluation, risk, intervention, outcome chain; nurses' perceptions are informative yet partial; triangulation across sources is proposed as a regular governance mechanism. Conclusions: The model offers a data-driven operational roadmap and testable propositions to align leadership, data, and continuous improvement; next steps include Delphi content validation, feasibility study, and longitudinal/multilevel evaluation.

Keywords: Nursing Leadership. Organizational Change. Nursing-Sensitive Indicators. Quality of Health Care. Clinical Documentation.

RESUMEN
Objetivo: Proponer y especificar un modelo de liderazgo basado en datos para el cambio organizacional en enfermería, integrando gobernanza, registros clínicos, percepciones profesionales e indicadores sensibles de enfermería. Método: Estudio teórico-conceptual de desarrollo de modelo, sustentado en una síntesis configurativa de productos mixtos (scoping review, estudios documentales de registros, análisis de riesgos/barreras, encuestas EPAECQC, comparación público–privado y

triangulación percepciones–registros). Las etapas incluyeron preparación del corpus, extracción independiente, codificación, agrupación de constructos, mapeo de Donabedian, formulación de relaciones conceptuales hipotéticas, revisión por expertos/autores y construcción del diagrama. Resultados: El modelo organiza la acción de liderazgo en seis dimensiones interdependientes, gobernanza estratégica; liderazgo y cultura; calidad del proceso asistencial; calidad del registro clínico; aprendizaje organizacional; y resultados sensibles de enfermería e incluye una matriz de indicadores priorizables con metadatos operativos. Discusión: Los hallazgos documentales muestran énfasis en planificación y vigilancia y brechas en la cadena evaluación, riesgo, intervención, resultado; las percepciones de enfermería son relevantes pero parciales; se propone la triangulación como mecanismo regular de gobernanza. Conclusiones: El modelo ofrece una hoja de ruta operativa guiada por datos y proposiciones comprobables para alinear liderazgo, datos y mejora continua; los próximos pasos incluyen validación Delphi, estudio de viabilidad y evaluación longitudinal/multinivel.

Palabras clave: Liderazgo en Enfermería. Cambio Organizacional. Indicadores Sensibles de Enfermería. Calidad de la Atención. Documentación Clínica.

1 INTRODUÇÃO

A execução disciplinada da mudança organizacional em hospitais depende menos da disponibilidade de ideias e mais da qualidade da liderança clínica, de ambientes de prática que valorizem a voz profissional e de sistemas de informação capazes de conectar observação, decisão e acompanhamento com base em dados. Nessa perspectiva, a liderança orientada por indicadores torna-se central para converter intenção estratégica em melhoria mensurável, articulando metas, feedback e responsabilização alinhados à qualidade e à segurança do paciente (Aiken et al., 2021; Boamah et al., 2022; Bergs et al., 2021). Embora a literatura descreva intervenções de enfermagem associadas a indicadores sensíveis e proponha medidas distribuídas em estrutura, processo e resultado, a visibilidade dessa contribuição na governança hospitalar permanece heterogênea. Estudos documentais apontam alta densidade de registros em planejamento e vigilância, mas também lacunas na explicitação do raciocínio clínico e no encadeamento avaliação, risco, intervenção e resultado, limitando o uso dos registros como infraestrutura de aprendizagem e prestação de contas (Paans et al., 2010; Bail et al., 2022). Em paralelo, inquéritos como a Escala de Percepção de Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados (EPAECQC) indicam que estilos de liderança e organização do trabalho se associam à qualidade percebida (Garber et al., 2023; Lake et al., 2022). Persiste, contudo, uma lacuna prática: faltam referenciais operativos que integrem, de modo coerente, governança estratégica, liderança e cultura, qualidade do processo assistencial, qualidade do registro clínico, aprendizagem organizacional e um núcleo priorizado de indicadores sensíveis.

Objetivo: propor e especificar um modelo de liderança orientado por dados para a mudança organizacional no setor de enfermagem que integre governança estratégica, registros clínicos, percepções profissionais e indicadores sensíveis, produzindo (i) seis dimensões interdependentes claramente definidas; (ii) proposições conceituais testáveis entre dimensões; e (iii) uma matriz de indicadores priorizáveis com fórmulas, fontes, periodicidade, nível analítico e necessidades de ajuste.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A literatura recente associa, de forma consistente, estilos de liderança transformacional ou participativa e ambientes de prática favoráveis a melhores desfechos organizacionais e a percepções superiores de qualidade e segurança. Nesses cenários, direção, alinhamento e compromisso orientados por metas e por dados criam condições para ciclos contínuos de melhoria e para a responsabilização clínica (Aiken et al., 2021; Boamah et al., 2022; Lake et al., 2022). Esse enquadramento desloca o foco da liderança de uma função primordialmente operacional para um papel estratégico, no qual a

priorização de indicadores sensíveis e a retroalimentação sistemática sustentam decisões táticas e a adaptação local.

A documentação clínica, por sua vez, opera como infraestrutura informacional que condiciona a visibilidade do raciocínio de enfermagem e a possibilidade de uso secundário de dados para gestão e segurança. As lacunas de completude, estrutura e encadeamento entre avaliação do risco, intervenção e resultado são descritas há mais tempo e permanecem atuais, com determinantes eminentemente sociotécnicos, como processos de trabalho, carga assistencial, desenho e interoperabilidade dos sistemas, cultura e formação, que não se resolvem apenas com tecnologia (Paans et al., 2010; Bail et al., 2022). Assim, intervenções eficazes combinam liderança que situe o registro no centro da prática, desenho de sistemas voltado ao raciocínio clínico e rotinas de devolução formativa que reforcem padrões sem acrescentar carga desnecessária.

Para orientar seleção e interpretação de medidas, o modelo estrutura/processo/resultado de Donabedian continua a ser a referência de qualidade em saúde. A literatura mapeia conjuntos de indicadores pertinentes, como dotação de pessoal e ambiente de prática; avaliação e vigilância; comunicação e coordenação; segurança e notificação de incidentes; quedas, lesões por pressão, infecções associadas ao cuidado; experiência do paciente; e duração do internamento, recomendando priorização por relevância clínica, mensurabilidade, atribuição plausível à enfermagem e utilidade gerencial (Gregório et al. 2026a). Nesse quadro, as percepções profissionais oferecem leitura contextual das condições organizacionais e do desenho do trabalho, desde que seu uso seja amparado por evidência psicométrica (estrutura dimensional e consistência interna) e por reconhecimento explícito das limitações de autorrelato e de viés de desejabilidade social, sempre triangulando com indicadores objetivos e auditorias documentais (Garber et al., 2023; Lake et al., 2022).

Por fim, a aprendizagem organizacional aproxima a prática do conceito de sistemas de saúde aprendentes, nos quais ciclos iterativos de medição, interpretação e ajuste sustentam a melhoria contínua. Nessa lógica, auditorias clínicas amostrais de baixa carga, devolução formativa e reuniões breves de segurança funcionam como rituais de aprendizagem potencialmente úteis, cuja efetividade depende do contexto, do desenho (objetivo claro, duração, participantes) e da qualidade de implementação (Bergs et al., 2021). Integrados sob liderança orientada por dados e um painel institucional de indicadores sensíveis, esses elementos compõem o alicerce teórico do modelo proposto.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-conceitual de desenvolvimento de modelo, conduzido por meio de síntese configurativa de produtos de pesquisa heterogêneos. Essa abordagem permite integrar resultados qualitativos, quantitativos e mistos para construir um artefato conceitual operativo, com rastreabilidade teórica e utilidade organizacional, em consonância com orientações de síntese integrativa e critical interpretive synthesis aplicáveis a intervenções complexas em saúde (Dixon-Woods et al., 2005; Whittemore & Knafl, 2005), articuladas ao enquadramento de qualidade de Donabedian (1988).

O corpus reuniu: (i) uma revisão de escopo sobre intervenções de enfermagem e indicadores sensíveis; (ii) estudos documentais de registros clínicos (análises qualitativas de 700 notas/ano, categorizadas conforme as etapas do Processo de Enfermagem); (iii) um estudo focal sobre riscos, barreiras preventivas e oportunidades de melhoria evidenciadas nos registros; (iv) um inquérito transversal com a EPAECQC em hospital privado; (v) um estudo comparativo público–privado com a mesma escala (estimando consistência interna e diferenças por domínio); (vi) um estudo de triangulação entre percepções profissionais e conteúdo documental; e (vii) um estudo documental em população idosa sobre a visibilidade da autonomia/participação funcional nos registros. Esses estudos, previamente aprovados/validados em seus contextos, foram utilizados aqui como insumos para a síntese teórico-conceitual.

O percurso metodológico seguiu oito etapas documentadas e reprodutíveis: (1) preparação do corpus, com critérios de inclusão e metadados padronizados (objetivo, desenho, amostra, variáveis/constructos, principais achados); (2) extração independente por dois pesquisadores, com registro de notas analíticas, excertos-chave e candidatos a constructos, assegurando rastreabilidade; (3) codificação com esquema inicial alinhado a domínios recorrentes (liderança e cultura; processo assistencial; registro clínico; aprendizagem organizacional; resultados/indicadores), harmonizando definições e exemplos de fronteira; (4) agregação em constructos de ordem superior, acompanhada de memos com atributos, condições e outputs esperados e suas incertezas; (5) mapeamento por Donabedian (estrutura–processo–resultado) para ancorar indicadores sensíveis e seus usos na governança e na melhoria da qualidade; (6) formulação de relações conceituais hipotéticas e identificação de possíveis moderadores contextuais (p. ex., segurança psicológica, método de trabalho, maturidade digital, setor público/privado), com explicitação do caráter hipotético até teste empírico; (7) revisão por peritos e autores do corpus, recolhendo comentários estruturados quanto a clareza, plausibilidade e aplicabilidade, com integração por consenso; (8) construção do diagrama do modelo,

representando dimensões, vínculos e sua posição no quadro estrutura–processo–resultado, iterado para legibilidade e consistência terminológica.

Optou-se por uma síntese configurativa, em vez de mera agregação de efeitos para explicar como evidências díspares se articulam em relações, contextos e trajetórias avaliação–risco–intervenção–resultado passíveis de aplicação prática na governança hospitalar. A análise combinou princípios de síntese integrativa e crítica interpretativa com raciocínio abdutivo para propor dimensões, relações conceituais hipotéticas e moderadores, mantendo rastreabilidade entre proposições e fontes (Dixon-Woods et al., 2005; Pawson et al., 2005; Whittemore & Knafl, 2005). O desenho teórico-conceitual não substitui avaliações empíricas: oferece um referencial aplicável à implementação piloto e à avaliação subsequente (validade de conteúdo via Delphi, viabilidade, validade de constructo, estudos longitudinais/multiníveis e desenhos quasi-experimentais).

Considerações éticas

O estudo utilizou produtos de pesquisa previamente conduzidos e/ou publicados sob aprovação ética nos seus contextos originais. Não houve coleta primária de dados identificáveis nesta etapa de síntese. Quando aplicável, mantiveram-se referências às autorizações e salvaguardas originais de privacidade e confidencialidade.

Limitações metodológicas

Por basear-se em corpus autoral e contextos específicos, a síntese pode refletir vieses de seleção e heterogeneidade de desenhos. As inferências são conceituais e carecem de validação externa; potenciais confundidores (método de trabalho, dotação, severidade de casos, maturidade digital) deverão ser tratados nas fases empíricas subsequentes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O modelo organiza a ação de liderança em seis dimensões interdependentes, a governança estratégica, liderança e cultura, qualidade do processo assistencial, qualidade do registro clínico, aprendizagem organizacional e resultados sensíveis de enfermagem, concebidas como camadas de um mesmo sistema. Trata-se de um modelo de liderança porque estrutura a mudança como trabalho de direção, alinhamento e compromisso em torno de indicadores sensíveis: a governança define prioridades e meios; a liderança e a cultura legitimam a voz clínica; o processo assistencial e o registro clínico constituem a ponte operacional onde a mudança se materializa; a aprendizagem organizacional institucionaliza o feedback que sustenta ganhos; e os resultados sensíveis encerram o ciclo com evidência mensurável para decisão (Gregório et al. 2026a; Gregório et al., 2026f). A Figura 1 apresenta

a visão sintética do modelo, ou seja, o Ciclo de Transformação (dados, decisão, prática, com feedback contínuo) e a nomenclatura uniforme das seis dimensões.

Figura 1. Modelo de liderança orientado por dados na enfermagem: seis dimensões e ciclo de transformação



Fonte: Elaborada pelos autores.

As relações entre dimensões são tratadas como proposições conceituais hipotéticas a serem testadas empiricamente, incluindo a mediação do registro clínico entre cultura e melhoria de processos e a moderação por contexto setorial, maturidade digital e método de trabalho (Gregório et al. 2026g; Gregório et al., 2026b).

Na governança estratégica, observa-se variação na integração de indicadores sensíveis em painéis institucionais e a necessidade de métricas relevantes, mensuráveis, atribuíveis e úteis à gestão (Gregório et al. 2026a). Em liderança e cultura, inquéritos com a EPAECQC evidenciam associações entre estilos de liderança, organização do trabalho e qualidade percebida (Gregório et al., 2026b), ao passo que a triangulação percepções/registros sugere que contextos com voz clínica produzem documentação mais completa e articulada (Gregório et al., 2026f).

No processo assistencial, análises documentais mostram atenção a planejamento e vigilância, sem permitir inferir, por si, qualidade intrínseca do cuidado; em paralelo, a análise de riscos e barreiras identifica áreas críticas, como respiração, integridade cutânea, quedas, imobilização e uso do sanitário,

que requerem maior sistematização do encadeamento avaliação, risco, intervenção e resultado (Gregório et al., 2026d; Gregório et al., 2026f).

No registro clínico, observam-se lacunas recorrentes na justificativa clínica e na reavaliação, além de invisibilidade da participação funcional em idosos, o que limita a mensuração de desfechos funcionais (Gregório et al., 2026c; Gregório et al., 2026d).

Na aprendizagem organizacional, o cruzamento sistemático entre percepções e registros mostra utilidade para diagnóstico e priorização de melhorias, sustentando a adoção de auditorias clínicas amostrais de baixa carga com devolução formativa (Gregório et al., 2026f; Gregório et al. 2026a).

Em resultados sensíveis, a revisão de escopo e os inquéritos apontam que um conjunto equilibrado de indicadores de estrutura, processo e resultado é manejável para as equipes e informativo para a decisão, desde que o procedimento de priorização seja explícito e os ajustes de risco, transparentes (Gregório et al. 2026a; Gregório et al., 2026e).

Tabela 1. Dimensões do Modelo de Liderança orientado por dados na enfermagem hospitalar: definição operacional, estudos do corpus que as sustentam, principais achados de suporte e relações conceptuais hipotéticas entre dimensões.

Dimensão	**Definição (síntese operacional)**	**Estudos que a sustentam (corpus anexado)**	**Achados de suporte (síntese)**	**Relações conceptuais hipotéticas com as demais dimensões**
Governação estratégica	Priorização executiva da efetividade dos cuidados de enfermagem e inclusão de um núcleo de indicadores sensíveis no painel institucional, com metas, papéis e recursos clarificados.	Gregório et al., 2026a ; Gregório et al., 2026b ; Gregório et al., 2026e ; Gregório et al., 2026g	Necessidade de indicadores relevantes, mensuráveis e atribuíveis; variações de perceção entre contextos e métodos de trabalho; importância de alinhar o que se mede ao que se pratica.	Orienta Liderança e cultura (propósito), condiciona Processo assistencial e Registo clínico por metas e feedback; usa Aprendizagem organizacional para ajustar; governa por Resultados sensíveis.
Liderança e cultura	Clima que promove voz clínica, segurança psicológica, comunicação clara, justiça organizacional e padrões éticos, favorecendo adesão a práticas de alto valor.	Gregório et al., 2026b; Gregório et al., 2026e Gregório et al., 2026g	Perceções positivas associadas a liderança e organização do trabalho; contextos com voz clínica geram documentação mais completa e articulada.	Potencia Processo assistencial (execução disciplinada) e Registo clínico (raciocínio explícito); habilita Aprendizagem; influencia Resultados sensíveis.
Qualidade do processo assistencial	Execução sistemática do Processo de Enfermagem (avaliação, planeamento, implementação, vigilância, reavaliação), com foco em prevenção,	Gregório et al., 2026d; Gregório et al., 2026f	Elevada densidade documental em planeamento e vigilância; necessidade de encadear avaliação–risco–intervenção–resultado; áreas críticas: respiração, integridade cutânea, quedas, imobilização, uso do sanitário.	Depende de Liderança e cultura e é orientada por Governação; alimenta Registo clínico; contribui para Resultados; é refinada via Aprendizagem.

	coordenação e continuidade.			
Qualidade do registo clínico	Documentação que torna visível e auditável a trajetória avaliação–risco–intervenção–resultado e o raciocínio clínico.	Gregório et al., 2026d; Gregório et al., 2026f; Gregório et al., 2026c	Lacunas na justificativa clínica, especificidade e reavaliação; invisibilidade da autonomia funcional em idosos em várias AVDS.	Ponte entre prática e governação: viabiliza Aprendizagem (auditorias/feedback), informa Governação, reflete maturidade de Liderança e cultura e mede efeitos no Processo e Resultados.
Aprendizagem organizacional	Mecanismos formais e leves de feedback (auditorias clínicas breves, huddles, reuniões de aprendizagem, ciclos PDSA) orientados por indicadores sensíveis.	Gregório et al., 2026g; Gregório et al., 2026a	Cruzamento sistemático de perceções e registos melhora diagnóstico organizacional e priorização; validação/atualização de indicadores mantém foco útil.	Fecha o ciclo entre Governação, Liderança e cultura, Processo e Registo; acelera melhoria e sustenta ganhos que se refletem nos Resultados.
Resultados sensíveis à enfermagem	Conjunto equilibrado de indicadores de estrutura, processo e resultado que sintetizam a contribuição profissional e informam decisão.	Gregório et al., 2026a; Gregório et al., 2026b Gregório et al., 2026e	Núcleo manejável (p.ex., 6–8) é útil para gestão; diferenças entre setores e métodos de trabalho modulam resultados; consistência interna aceitável a excelente nas aplicações da escala.	Orientam a Governação estratégica; evidenciam efeitos de Liderança e cultura, do Processo e do Registo; alimentam Aprendizagem com dados para reajustes.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os resultados do corpus detalham, em governança estratégica, variação na integração de indicadores sensíveis em painéis institucionais e a necessidade de métricas relevantes, mensuráveis, atribuíveis e úteis à gestão (Gregório et al. 2026a). Em liderança e cultura, inquéritos com a EPAECQC evidenciam associações entre estilos de liderança, organização do trabalho e qualidade percebida (Gregório et al., 2026b), ao passo que a triangulação percepções/registros sugere que contextos com voz clínica produzem documentação mais completa e articulada (Gregório et al., 2026g). No processo assistencial, a análise documental mostra atenção a planejamento e vigilância, sem permitir inferir, por si, qualidade intrínseca do cuidado; em paralelo, a análise de riscos e barreiras identifica áreas críticas, como respiração, integridade cutânea, quedas, imobilização e uso do sanitário, requerem maior sistematização do encadeamento avaliação, risco, intervenção e resultado (Gregório et al., 2026d; Gregório et al., 2026f). No registro clínico, observam-se lacunas recorrentes na justificativa clínica e na reavaliação, além de invisibilidade da participação funcional em idosos, o que limita a mensuração de desfechos funcionais (Gregório et al., 2026c; Gregório et al., 2026d). Na aprendizagem organizacional, o cruzamento sistemático entre percepções e registros mostra utilidade para diagnóstico e priorização de melhorias, sustentando a adoção de auditorias clínicas amostrais de baixa

carga com devolução formativa (Gregório et al., 2026f; Gregório et al. 2026a). Em resultados sensíveis, a revisão de escopo e os inquéritos apontam que um conjunto equilibrado de indicadores de estrutura, processo e resultado é manejável para as equipes e informativo para a decisão, desde que o procedimento de priorização seja explícito e os ajustes de risco, transparentes (Gregório et al. 2026a; Gregório et al., 2026e).

Em seguida, apresenta-se a matriz operacional de indicadores e metadados (estrutura e processo) referentes às dimensões de governança estratégica, liderança e cultura, qualidade do processo assistencial, qualidade do registro clínico e aprendizagem organizacional.

Tabela 2. Estrutura e Processo

Dimensão	**Indicador (tipo)**	**Fórmula / Unidade**	**Fonte**	**Periodicidade**	**Nível de análise**	**Necessidade de ajustamento**	**Evidência no corpus**	**Natureza do suporte**
Governação estratégica	Núcleo de indicadores sensíveis no painel institucional (estrutura/governação)	Binário (sim/não) ou contagem (n)	Painel institucional; atas; relatório de qualidade	Trimestral	Hospital / Serviço	Não aplicável	Gregório et al., 2026a; Gregório et al., 2026e	Convergência entre estudos
Governação estratégica	Dotação de pessoal de enfermagem (estrutura)	hPPD (horas de cuidado por paciente/dia) ou razão enfermeiro/paciente	RH; escalas	Mensal	Hospital /Serviço	Case-mix; complexidade clínica	Gregório et al., 2026a	Recomendação externa
Governação estratégica	Ambiente de prática (estrutura/ambiente)	Escore médio (0–100) em escala validada	Inquérito interno	Semestral	Serviço /Hospital	Não obrigatório	Gregório et al., 2026a; Gregório et al., 2026b; Gregório et al., 2026e	Convergência entre estudos
Liderança e cultura	Segurança psicológica (processo/ambiente)	Escore médio (0–100)	Inquérito interno	Semestral	Serviço / Equipa	Estratificação por serviço	Gregório et al., 2026b; Gregório et al., 2026g	Achado direto + inferência conceptual
Liderança e cultura	Voz clínica / clima de equipa (processo/ambiente)	Escore médio em subescala	Inquérito	Semestral	Serviço / Equipa	Não obrigatório	Gregório et al., 2026b	Achado direto

Liderança e cultura	Formação em segurança/liderança (processo)	% de líderes com formação anual concluída	Registos de formação	Anual	Hospital /Serviço	Não aplicável	Gregorio et al., 2026a	Recomendação externa
Qualidade do processo assistencial	Adesão a bundles de prevenção (processo)	% de doentes elegíveis com bundle completo/dia	Auditoria clínica amostral; checklists	Mensal	Serviço	Risco clínico (Braden, Morse)	Gregório et al., 2026d; Gregório et al., 2026f; Gregório et al., 2026a	Achado direto + convergência
Qualidade do processo assistencial	Reavaliação documentada em 24–48 h (processo)	% de episódios com reavaliação no intervalo	Auditoria documental	Mensal	Serviço	Perfil clínico / turnover	Gregório et al., 2026d	Achado direto
Qualidade do processo assistencial	Coordenação interprofissional / handover (processo)	% de casos com handover estruturado	Auditoria documental; protocolo de passagem de turno	Mensal	Serviço	Não aplicável	Gregório et al., 2026a	Recomendação externa
Qualidade do registo clínico	Encadeamento ARIR completo (processo/documentação)	% de notas com encadeamento completo	Auditoria documental amostral	Mensal/ Bimestral	Serviço	Case-mix; maturidade do sistema	Gregório et al., 2026d; Gregório et al., 2026f	Achado direto
Qualidade do registo clínico	Completude do registo (processo/documentação)	% de campos obrigatórios preenchidos/episódio	Extração do sistema; auditoria	Mensal	Serviço/Hospital	Não aplicável	Gregório et al., 2026d	Achado direto
Qualidade do registo clínico	Visibilidade funcional em idosos (processo/documentação)	% de registos com autonomia/participação nas AVD	Auditoria documental	Bimestral	Serviço	Perfil etário/funcional	Gregório et al., 2026c	Achado direto
Aprendizagem organizacional	Auditorias clínicas amostrais, de baixa carga (processo/aprendizagem)	Nº de auditorias/ período; % conformidade por critério	Plano de auditoria; relatórios	Mensal/Bimestral	Serviço/Hospital	Estratificação por serviço	Gregório et al., 2026g; Gregório et al., 2026a	Inferência conceptual + recomendação operacional
Aprendizagem organizacional	Ciclos PDSA concluídos (processo/aprendizagem)	Nº de ciclos concluídos com lições registadas	Registos de melhoria	Trimestral	Serviço/Hospital	Não aplicável	Gregório et al., 2026a	Recomendação externa

Fonte: Elaborada pelos autores.

À luz da literatura externa, esses achados alinham-se a evidências que associam ambientes de prática e liderança positiva a melhores percepções de qualidade e a resultados organizacionais (Aiken et al., 2021; Boamah et al., 2022; Lake et al., 2022) e confirmam limitações sociotécnicas dos registros clínicos como barreira ao uso secundário de dados (Paans et al., 2010; Bail et al., 2022). Essas constatações reforçam que intervenções eficazes combinam direção estratégica por indicadores sensíveis, fortalecimento de cultura de voz clínica e segurança psicológica, execução disciplinada do Processo de Enfermagem com encadeamento documental explícito e rituais de aprendizagem de baixa carga. Reuniões breves de segurança e ciclos PDSA são opções promissoras, cuja efetividade depende do contexto e da qualidade de implementação, devendo ser acompanhadas por métricas de processo e balancing measures (Bergs et al., 2021; Gregório et al., 2026f).

Por fim, consolidam-se os resultados relativos a desfechos clínicos, eficiência, experiência do paciente e percepções profissionais.

Tabela 3. Resultados, Experiência do doente e Perceções profissionais

Dimensão	**Indicador (tipo)**	**Fórmula/Unidade**	**Fonte**	**Periodicidade**	**Nível de análise**	**Necessidade de ajustamento**	**Evidência no corpus**	**Natureza do suporte**
Resultados sensíveis à enfermagem	Quedas (resultado clínico)	Nº de quedas por 1.000 pacientes-dia	Notificação de incidentes; SI qualidade	Mensal	Serviço/Hospital	Risco de queda (Morse/idade/comorbidades)	Gregório et al., 2026a	Convergência entre estudos
Resultados sensíveis à enfermagem	Lesões por pressão (resultado clínico)	Incidência por 1.000 pacientes-dia	Auditoria de pele; notificações	Mensal	Serviço/Hospital	Braden; imobilidade; nutrição	Gregório et al., 2026a	Convergência entre estudos
Resultados sensíveis à enfermagem	Infeções associadas aos cuidados — IRAS (resultado clínico)	Taxa por 1.000 dispositivos-dia (conforme tipo)	Controlo de infeção	Mensal/ Trimestral	Hospital/Serviço	Exposição a dispositivo; case-mix	Gregório et al., 2026a	Recomendação externa
Resultados sensíveis à enfermagem	Duração do internamento (processo/eficiência)	Dias de internamento (média/mediana) por DRG	Base administrativa; BI hospitalar	Mensal	Hospital/Serviço	DRG; severidade; idade	Gregório et al., 2026a	Recomendação externa

Resultados sensíveis à enfermagem	Satisfação do doente (experiência)	Escore médio em inquérito validado	Pesquisa de experiência	Trimestral	Hospital/Serviço	Estratificação por serviço/perfil	Gregório et al., 2026a	Recomendação externa
Resultados sensíveis à enfermagem	Domínios da EPAECQC (perceções profissionais)	Escores médios por domínio e total	Inquérito EPAECQC	Anual/ Semestra	Hospital/Serviço	Método de trabalho; setor (público/privado)	Gregório et al., 2026b; Gregório et al., 2026e	Achado direto

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em síntese, os resultados sustentam a plausibilidade do modelo e orientam uma agenda empírica para testar proposições de mediação e moderação entre dimensões em delineamentos longitudinais e multiníveis, preservando o princípio de que conclusões robustas exigem validação prospectiva. Ao integrar a lente estrutura, processo e resultado à ação de liderança e à governança clínica, o modelo desloca o foco de "o que falta" para "como fazer", posicionando a documentação clínica como infraestrutura de aprendizagem e de prestação de contas organizacional. Essa reconfiguração é coerente com documentos e revisões sobre liderança estratégica em saúde e enfermagem que enfatizam o papel da liderança na criação de condições para qualidade e segurança, articulando prioridades, recursos e avaliação por indicadores (Aiken et al., 2021; Boamah et al., 2022). Estudos observacionais associam ambientes de trabalho favoráveis e estilos de liderança positivos a melhores percepções de qualidade e a resultados organizacionais mais consistentes, associações que devem ser interpretadas à luz do desenho, das medidas e do contexto (Lake et al., 2022).

No corpus analisado, os estudos documentais evidenciam prática intensiva em planejamento e vigilância, mas com déficits persistentes na explicitação do raciocínio clínico e na ligação entre avaliação do risco, intervenção e resultado (Gregório et al., 2026d; Gregório et al., 2026f). Sem esse encadeamento, a governança clínica tem menor capacidade de tornar visível a contribuição específica da enfermagem e de aprender sistematicamente com a própria prática. Esses achados alinham-se à evidência clássica sobre completude e estrutura de registros (Paans et al., 2010) e ao mapeamento de indicadores sensíveis e destaca limitações sociotécnicas, como processos de trabalho, carga, desenho e interoperabilidade dos sistemas de informação, cultura e formação, causas estruturais das falhas documentais (Gregório et al. 2026a). Assim, soluções tecnológicas isoladas são insuficientes sem

liderança que situe o registro clínico no centro da prática, desenho orientado ao raciocínio e rotinas de devolução formativa que reforcem padrões sem sobrecarga (Bail et al., 2022).

Quanto à qualidade percebida, as percepções dos enfermeiros constituem uma fonte relevante, embora parcial, sobre condições organizacionais e qualidade. No corpus, a EPAECQC aplicada em hospital privado (Gregório et al., 2026b) e a comparação público–privado (Gregório et al., 2026e) mostram diferenças por domínios e por método de trabalho que ajudam a priorizar a intervenção gerencial. O uso responsável requer citar o desenvolvimento/validação da EPAECQC e a respectiva evidência de validade (estrutura dimensional, consistência interna por alfa de Cronbach) e reconhecer limitações de autorrelato e viés de desejabilidade social (Garber et al., 2023). Interpretativamente, recomenda-se triangulação com indicadores objetivos e auditorias documentais (Gregório et al., 2026g).

A triangulação entre percepções e registros é proposta como mecanismo regular de governança — um procedimento sistemático para identificar assimetrias entre o que se faz, o que se documenta e o que se percebe, e para concentrar esforços de melhoria onde há convergência crítica (Gregório et al., 2026g).

Metodologicamente, a proposta dialoga com métodos mistos e com a lógica de learning health systems, em que ciclos iterativos de medição, interpretação e ajuste sustentam a melhoria contínua (Bergs et al., 2021). Operacionalmente, recomenda-se que liderança de enfermagem e governança clínica realizem, por serviço e trimestralmente: (i) leitura dos painéis; (ii) amostras de auditorias clínicas documentais de baixa carga com critérios de encadeamento avaliação–risco–intervenção–resultado; (iii) análise das pontuações da EPAECQC; e (iv) devolução formativa com ações de curto prazo e responsáveis (Gregório et al., 2026g; Gregório et al. 2026a).

No domínio da segurança do paciente, os achados sobre riscos e barreiras documentais (Gregório et al., 2026f) são consistentes com evidência que liga falhas de comunicação, documentação inadequada e déficits de vigilância a eventos adversos evitáveis (Bergs et al., 2021). Reuniões breves de segurança têm sido propostas como estratégia de comunicação e aprendizagem; a efetividade depende do contexto e da qualidade de implementação (objetivos claros, duração, participantes), não devendo ser tratadas como solução universal (Labrague, 2021). Neste modelo, são opções de implementação a tratar nas implicações práticas, acompanhadas de métricas de processo (adesão, duração efetiva, tópicos críticos) e balancing measures (por exemplo, impacto na carga assistencial).

A inclusão da autonomia funcional de pessoas idosas como referência empírica para "Qualidade do registro clínico" alinha-se com abordagens centradas na pessoa e com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF/ICF), bem como com literatura de enfermagem geriátrica e de

reabilitação que trata a funcionalidade como desfecho relevante; aqui, o estudo do corpus (Gregório et al., 2026b) funciona como evidência contextual, não substituindo fontes internacionais específicas.

Na mensuração, o desafio é selecionar e operar um núcleo gerível de indicadores sensíveis que seja robusto e útil para a gestão. São identificadas medidas de estrutura, processo e resultado e recomenda priorização por relevância clínica, mensurabilidade, atribuição plausível à enfermagem e utilidade para decisão (Gregório et al. 2026a).

Em consonância com desenvolvimentos recentes, recomenda-se combinar indicadores clínicos (quedas, lesões por pressão, infecções associadas ao cuidado), de processo (encadeamento documental, reavaliação em 24–48 horas, adesão a bundles) e de experiência/percepção (satisfação do paciente; pontuações da EPAECQC), com ajustamentos de risco transparentes (Lake et al., 2022).

Como sequência de implementação a ser testada, propõe-se um roteiro de 90 dias antecedido por diagnóstico de prontidão (maturidade digital, disponibilidade de dados, clima de equipe, recursos e patrocínio executivo). Nas primeiras 2-3 semanas, direção executiva e liderança de enfermagem definem um núcleo gerível de indicadores sensíveis equilibrando estrutura, processo e resultado; inscrevem-no em painéis com metas trimestrais e responsáveis; e acordam plano de dados e critérios de ajustamento (Gregório et al. 2026a). Entre as semanas 3-6, vigora norma documental que explicita o encadeamento avaliação–risco–intervenção–resultado; iniciam-se auditorias clínicas amostrais de baixa carga (amostra, critérios e responsável claros) e devolução formativa com exemplos positivos (Gregório et al. 2026a; Gregório et al. 2026b; Gregório et al. 2026c). Entre as semanas 7-12, realizam-se reuniões breves de segurança (até 10 minutos) conforme prontidão local e ciclos PDSA em áreas críticas, como prevenção de quedas, integridade cutânea, vigilância respiratória, com medidas de processo e balancing measures; disponibilizam-se painéis visuais; promovem-se microformações sobre vigilância clínica e raciocínio documental; e institui-se reconhecimento simples de ganhos sustentados (Labrague, 2021; Bergs et al., 2021; Gregório et al. 2026a; Gregório et al. 2026d; Gregório et al. 2026e). Ao longo do ciclo, as pontuações da EPAECQC ajudam a priorizar domínios e interpretar variações entre serviços, trianguladas com indicadores objetivos e auditoria documental (Gregório et al., 2026b; Gregório et al. 2026e). A avaliação de sucesso combina cumprimento do plano de medição (processo), melhorias no encadeamento documental e em medidas clínicas selecionadas (resultado) e manutenção da segurança operacional (balancing measures).

5 CONCLUSÃO

Este estudo especifica um modelo de liderança orientado por dados que organiza a mudança no setor de enfermagem em seis dimensões interdependentes — governança estratégica, liderança e

cultura, qualidade do processo assistencial, qualidade do registro clínico, aprendizagem organizacional e resultados sensíveis de enfermagem —, articuladas por um ciclo explícito de feedback (Gregório et al., 2026a; Gregório et al., 2026g). Ao integrar evidências documentais (Gregório et al., 2026d; Gregório et al., 2026f; Gregório et al., 2026c), percepções profissionais (Gregório et al., 2026b) e literatura recente sobre liderança e ambientes de prática (Aiken et al., 2021; Boamah et al., 2022; Lake et al., 2022), o modelo oferece um roteiro operativo para tornar mensurável a contribuição da enfermagem, alinhar prioridades e sustentar decisões clínicas e gerenciais baseadas em indicadores sensíveis.

As proposições centrais — como a mediação do registro clínico entre cultura e melhoria de processos; moderação por maturidade digital, método de trabalho e contexto setorial; e associação entre rituais de aprendizagem e variações trimestrais em percepções e resultados — permanecem hipóteses a serem testadas. Próximos passos recomendados incluem: validação de conteúdo por Delphi do núcleo de indicadores e definições operacionais; estudo de viabilidade de coleta e auditorias clínicas amostrais de baixa carga; validação de constructo; e avaliação longitudinal/multinível, preferencialmente complementada por séries temporais interrompidas ou ensaios por clusters, para estimar efetividade (Bergs et al., 2021; Gregório et al., 2026a; Gregório et al., 2026g). Com direção estratégica por indicadores sensíveis, encadeamento documental explícito e práticas de aprendizagem adequadas ao contexto, a liderança de enfermagem tem potencial para acelerar a melhoria contínua e fortalecer qualidade, segurança, experiência do paciente e eficiência organizacional.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H.; SLOANE, D. M.; BALL, J.; BRITNELL, M.; GRIFFITHS, P. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in England. International Journal of Nursing Studies, v. 115, p. 103842, 2021. doi.org

BAIL, K.; MERRICK, E.; REDLEY, B.; GIBSON, J.; GRAHAM, I. Nursing documentation and patient outcomes: An integrative review. Journal of Clinical Nursing, v. 31, n. 1–2, p. 6–24, 2022. doi.org

BERGS, J.; LAMBRECHTS, F.; SIMONS, P.; VLAYEN, A.; HELLINGS, J. Data-driven quality improvement and patient safety: A systematic review. International Journal for Quality in Health Care, v. 33, n. 2, mzaa119, 2021. doi.org

BOAMAH, S. A.; LASCHINGER, H. K. S.; WONG, C.; CLARKE, S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes: A systematic review. Journal of Advanced Nursing, v. 78, n. 3, p. 655–669, 2022. doi.org

DIXON-WOODS, M.; CAVERS, D.; AGARWAL, S.; et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. BMC Medical Research Methodology, v. 5, p. 35, 2005. doi.org

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988. doi.org

GARBER, N.; BOLTON, L. B.; CRUZ, L.; REZA, S. Nurse-reported quality of care and work environment: Evidence from hospital surveys. Journal of Nursing Management, v. 31, n. 4, p. 901–910, 2023. doi.org

GREGÓRIO, S.; BERNARDINO, E.; SOARES, B.; MARTINS, M. M. Nursing interventions supporting organizational change and the effectiveness of nursing care: a scoping review. Gazeta Médica, 2026a. No prelo.

GREGÓRIO, S.; BERNARDINO, E.; SOARES, B.; GONÇALVES, N.; MARTINS, M. M.; SILVA, J. M. Nurses' perceptions of the quality of care in a private hospital. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 2026b. No prelo.

GREGÓRIO, S.; BERNARDINO, E.; SILVA, J. M.; MARTINS, M. M.; SOARES, B. Registros de enfermagem, idoso e atividades cotidianas: autonomia funcional em unidade privada. Revista Reben, 2026c. No prelo.

GREGÓRIO, S.; SILVA, J. M.; BERNARDINO, E.; MARTINS, M. M.; SOARES, B. Registros de enfermagem como expressão da gestão de cuidados: análise das etapas do processo de enfermagem. Revista Cogitare, 2026d. No prelo.

GREGÓRIO, S.; BERNARDINO, E.; MARTINS, M. M.; SILVA, J. M.; SOARES, B. Assessment of perceived quality of nursing care with the EPAECQC: a comparative study in public and private hospitals. Journal of Nursing Measurement, 2026e. No prelo.

GREGÓRIO, S.; BERNARDINO, E.; SOARES, B.; SILVA, J. M.; MARTINS, M. M. Riscos, barreiras e oportunidades de prevenção em registros de enfermagem: estudo qualitativo documental. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2026f. No prelo.

GREGÓRIO, S.; BERNARDINO, E.; SILVA, J. M.; MARTINS, M. M. Triangulação entre percepções dos enfermeiros e registros clínicos na análise de indicadores organizacionais. Revista de Geopolítica, 2026g. Aguarda publicação.

LAKE, E. T.; SANDERS, J.; DUAN, R.; RIMAN, K. A.; SCHOENAUER, K. M.; CHEN, Y.; AIKEN, L. H. A meta-analysis of associations between the nurse work environment and outcomes. Medical Care, v. 60, n. 4, p. 335–345, 2022. doi.org

LABRAGUE, L. J. Safety climate and adverse events in hospital settings: A systematic review. Journal of Nursing Care Quality, v. 36, n. 4, p. 345–353, 2021. doi.org

PAANS, W.; SERMEUS, W.; NIEWEG, R.; VAN DER SCHANS, C. Prevalence and quality of nursing documentation in hospitals: A literature review. International Journal of Nursing Studies, v. 47, n. 11, p. 1468–1478, 2010. doi.org

PAWSON, R.; GREENHALGH, T.; HARVEY, G.; WALSHE, K. Realist review: A new method of systematic review designed for complex policy interventions. Journal of Health Services Research & Policy, v. 10, supl. 1, p. 21–34, 2005. doi.org

SANDELOWSKI, M.; VOILS, C. I.; LEEMAN, J.; CRANDELL, J. L. Mapping the mixed methods–mixed research synthesis terrain. Journal of Mixed Methods Research, v. 6, n. 4, p. 317–331, 2012. doi.org

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: Updated methodology. Journal of Advanced Nursing, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. doi.org