



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



INGRID MOURA DE ABREU

**PERCEPÇÃO E PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DE RISCOS  
PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE: PESQUISA CONVERGENTE-  
ASSISTENCIAL**

Teresina, PI

2019

INGRID MOURA DE ABREU

**PERCEPÇÃO E PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DE RISCOS  
PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE: PESQUISA CONVERGENTE-  
ASSISTENCIAL**

Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- nível mestrado acadêmico da Universidade Federal do Piauí, apresentada à banca examinadora como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:**

Prof. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino

**Área de concentração:** Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

**Linha de Pesquisa:** Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Teresina, PI

2019

Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Setorial do CCS  
Serviço de Processamento Técnico

A162p Abreu, Ingrid Moura de.  
Percepção e prática do enfermeiro no gerenciamento de riscos para a  
segurança do paciente : pesquisa convergente-assistencial / Ingrid Moura de  
Abreu. -- Teresina, 2019.  
105 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

“Orientação: Prof. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino.”

Bibliografia

1. Gestão de Riscos. 2. Segurança do Paciente. 3. Cuidados de  
Enfermagem. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

INGRID MOURA DE ABREU

**PERCEPÇÃO E PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DE RISCOS  
PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE: PESQUISA CONVERGENTE-  
ASSISTENCIAL**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, submetida à Banca Examinadora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino (Orientadora)  
Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

Profa. Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá (1ª examinadora)  
Programa da pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília

Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos (2ª examinadora)  
Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha (Suplente)  
Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

*Dedico esta dissertação*

*Aos meus pais, Maria Rosa e Mário Gomes, que me ensinaram a nunca desistir.*

*Ao meu irmão, Ícaro, pelo companheirismo diário*

*Ao meu amor, Paulo, por todo apoio e compreensão.*

*Vocês, sem dúvidas, são os meus maiores incentivadores.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus porque sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais, ***Maria Rosa de Moura Abreu e Mário Gomes de Abreu***, pelo amor e apoio incondicional. Obrigada por sempre investirem na minha educação, por me incentivarem e por viverem os meus sonhos comigo. Essa vitória é por vocês e para vocês!

Ao meu irmão, ***Ícaro Moura de Abreu***, pelo companheirismo e parceria diários. Desejo sempre ser exemplo de determinação e força de vontade para você.

Ao meu namorado, ***Paulo Ricardo Nascimento Santos***, por me escutar sempre. Obrigada pelo seu amor, companheirismo e cuidado, que não se resume a esse mestrado, mas, durante todo o tempo que estamos juntos. Você me incentiva diariamente.

À ***Universidade Federal do Piauí***, pela oportunidade de construção desse sonho desde a graduação. A ***Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*** pelo incentivo e financiamento da pesquisa. Aos docentes do ***Programa de Pós-Graduação em Enfermagem*** que participaram da minha formação no mestrado. Obrigada!

À minha orientadora, ***Prof.<sup>a</sup> Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino***, pela oportunidade de realizar este trabalho. Agradeço a acolhida, compressão e parceria que vêm sendo construída desde a graduação, a confiança depositada e a paciência em ensinar. Acredito que nossos trabalhos juntas não terminam por aqui.

Às professoras participantes da banca examinadora ***Prof.<sup>a</sup> Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos e Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvana Santiago da Rocha*** por aceitarem o convite para participar desta banca, pela disponibilidade, compartilhando saberes e agregando novos conhecimentos. Obrigada pelas valiosas contribuições.

Ao ***Grupo de Pesquisa em Segurança do Paciente e Sistematização da Assistência em Enfermagem***, espaço dedicado para aprender, pesquisar, compartilhamento saberes e experiências que nos faz colaborar com as pesquisas uns dos outros. Obrigada!

Aos ***colegas da 11ª Turma de Mestrado*** pela convivência, em especial a ***Priscila Martins*** com quem dividi as orientações, aflições e conquistas durante a pesquisa. Aos amigos ***Ítalo Arão, Ana Paula Tavares, Aline Pedrosa, Daniel Macêdo, Maria Adelaide*** que muitas vezes tornaram-se pontos de apoio e desabafo.

Aos amigos de infância do Colégio Sagrado Coração de Jesus ***Marina Sousa, Larissa Melo e Wilson Filho***, assim como os amigos que ganhei durante a graduação, em especial ***Paulo James, Aline Macedo, Afra Nathaly*** pelas horas de desabafos, distrações e alegrias.

Aos **familiares** pela torcida desde sempre, em especial minhas primas **Janmilla Moura** e **Jayla Moura**, que sempre foram como irmãs para mim.

Ao **Hospital São Marcos** por autorizar a pesquisa. E a todos da equipe de enfermagem do hospital que de alguma formam colaboraram com a minha pesquisa, com destaque para **Neylane** e **Daniel** e todos os enfermeiros que participaram do estudo. Muito obrigada!

A todos os **servidores do departamento de enfermagem e da pós-graduação**, pela disponibilidade, colaboração e receptividade.

Meus sinceros agradecimentos a todos!

*“Existem dois tipos de riscos: aqueles que não podemos nos dar ao luxo de correr, e aqueles que não podemos nos dar ao luxo de não correr”*

Peter Druker

## RESUMO

A deficiência na segurança do paciente causa aumento do risco da ocorrência de erros e eventos adversos. Para que o paciente receba uma assistência de excelência com uma exposição ao mínimo de riscos à sua saúde é imprescindível a implementação do gerenciamento de riscos. Neste sentido, este estudo teve como objetivos: discutir o conhecimento dos enfermeiros sobre gerenciamento de riscos e segurança do paciente, conhecer os riscos mais frequentes para a segurança do paciente, levantar as ações de gerenciamento de riscos desenvolvidas pelos enfermeiros, elaborar coletivamente um Plano de Ações de enfermagem voltado para o gerenciamento do risco prioritário identificado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada no referencial metodológico da pesquisa Convergente-Assistencial, desenvolvida nos postos de internação de um hospital acreditado, na cidade de Teresina-PI. Para a construção dos dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e grupo focal, participaram deste estudo 22 enfermeiros. A análise qualitativa dos dados obtidos foi realizada pelo software IRAMUTEQ, para a análise do texto definiu-se o método da Classificação Hierárquica Descendente, para a análise de conteúdo utilizou-se a técnica de análise temática ou categorial de Minayo. O projeto do presente estudo foi encaminhado para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, aprovado com parecer: 2.404.180 e CAAE: 79588917.0.0000.5214. Dos relatos analisados pela técnica de conteúdo de Minayo emergiram três categorias: Segurança do paciente e gerenciamento de riscos na perspectiva de enfermeiros; Gerenciamento de riscos: um olhar para a atuação reativa; Atitudes e vivências: consolidando um gerenciamento de riscos proativo. Os resultados revelaram que os profissionais possuem conhecimento sobre a essência do significado e aplicabilidade dos temas, refletindo o avanço que se obteve nos últimos anos. Como riscos mais frequentes destacaram-se o risco de queda, risco de lesão por pressão, risco de erro de medicação e risco de extravasamento de quimioterapia, este último identificado como prioritário pelos participantes. No tocante a atuação reativa frente aos erros, notou-se uma fase de transição, em que os profissionais entendem a importância do estabelecimento de uma cultura de aprendizagem, mas a cultura punitiva e cultura de culpa ainda se mostram presentes. Essa fase de transição também é percebida nos discursos associados à cultura de segurança, presente nas atitudes de avaliação de riscos e utilização de protocolos para manutenção da segurança do paciente. Os grupos focais resultaram na construção coletiva da proposta do Plano de Ações de enfermagem voltado para o gerenciamento do risco de extravasamento de quimioterapia. Dessa forma, considerou-se que, mesmo com a evolução que os profissionais e instituições de saúde têm passado com relação a segurança do paciente e cuidado seguro, ainda é necessário abolir algumas características culturais que impedem esse progresso, como a cultura punitiva e abordagem não sistêmica dos erros, associando isso à prática de educação permanente é possível alcançar melhorias significativas na qualidade da assistência prestada. Espera-se que o diálogo entre profissionais e a troca de experiências auxiliem no planejamento dos cuidados, tonando possível sugerir planos de cuidados assistenciais com foco na segurança e qualidade.

**Palavras-chave:** Gestão de riscos. Segurança do Paciente. Cuidados de enfermagem. Enfermagem.

## ABSTRACT

Deficiency in patient safety increases the risk of occurrence of errors and adverse events. In order for the patient to receive excellent care with exposure to the minimum of risks to his health, it is essential to implement risk management. In this sense, this study had the following objectives: to discuss nurses' knowledge about risk management and patient safety, to know the risks to patient safety more frequently, to raise the risk management actions developed by nurses, to prepare a Nursing actions aimed at managing the identified priority risk. This is a qualitative research, based on the methodological reference of the Convergent-Care Research, developed in the places of hospitalization of an accredited hospital, in the city of Teresina-PI. For the construction of the data semi-structured interviews and focus groups were used, 22 nurses participated in this study. The qualitative analysis of the obtained data was carried out by the IRAMUTEQ software, for the analysis of the text, the descending hierarchical classification method was defined, for the analysis of content was used the technique of thematic analysis or category of Minayo. This study was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, approved with an opinion: 2,404,180 and CAAE: 79588917.0.0000.5214. From the reports analyzed by Minayo's content technique, three categories emerged: Patient safety and risk management from the perspective of nurses; Risk management: a look at reactive performance; Attitudes and experiences: consolidating proactive risk management. The results revealed that the professionals have knowledge about the essence of the meaning and applicability of the themes, reflecting the progress that has been made in recent years. The most frequent risks were the risk of falling, the risk of injury due to pressure, risk of medication error and risk of extravasation of chemotherapy, the latter identified as a priority by the participants. With regard to reactive action against errors, a transition phase was observed, in which professionals understood the importance of establishing a culture of learning, but punitive culture and culture of guilt were still present. This phase of transition is also perceived in the discourses associated to the safety culture, present in the attitudes of risk assessment and use of protocols to maintain patient safety. The focus groups resulted in the collective construction of the proposed Action Plan for nursing aimed at managing the risk of extravasation of chemotherapy. Thus, it was considered that, even with the evolution that health professionals and institutions have undergone regarding patient safety and safe care, it is still necessary to abolish some cultural characteristics that impede such progress, such as punitive culture and non-systemic medical approach to errors, associating this to the practice of permanent education, it is possible to achieve significant improvements in the quality of care provided. It is hoped that the dialogue between professionals and the exchange of experiences will assist in the planning of care, making it possible to suggest care plans that focus on safety and quality.

**Keywords:** Risk management. Patient safety. Nursing care. Nursing.

## RESUMEN

La deficiencia en la seguridad del paciente causa un aumento del riesgo de ocurrencia de errores y eventos adversos. Para que el paciente reciba una asistencia de excelencia con una exposición al mínimo de riesgos a su salud es imprescindible la implementación de la gestión de riesgos. En este sentido, este estudio tuvo como objetivos: discutir el conocimiento de los enfermeros sobre gestión de riesgos y seguridad del paciente, conocer los riesgos para la seguridad del paciente más frecuentes, levantar las acciones de gestión de riesgos desarrolladas por los enfermeros, elaborar colectivamente un Plan de Acciones de enfermería orientadas a la gestión del riesgo prioritario identificado. Se trata de una investigación cualitativa, basada en el referencial metodológico de la investigación Convergente-Asistencial, desarrollada en los puestos de internación de un hospital acreditado, en la ciudad de Teresina-PI. Para la construcción de los datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas y grupo focal, participaron de este estudio 22 enfermeros. El análisis cualitativo de los datos obtenidos fue realizado por el software IRAMUTEQ, para el análisis del texto se definió el método de la Clasificación Jerárquica Descendente, para el análisis de contenido se utilizó la técnica de análisis temático o categorial de Minayo. El proyecto del presente estudio fue encaminado para la apreciación en el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí, aprobado con el dictamen: 2.404.180 y CAAE: 79588917.0.0000.5214. De los relatos analizados por la técnica de contenido de Minayo surgieron tres categorías: Seguridad del paciente y gestión de riesgos en la perspectiva de enfermeros; Gestión de riesgos: una mirada a la actuación reactiva; Actitudes y vivencias: consolidando una gestión de riesgos proactiva. Los resultados revelaron que los profesionales tienen conocimiento sobre la esencia del significado y aplicabilidad de los temas, reflejando el avance que se ha obtenido en los últimos años. Como riesgos más frecuentes se destacaron el riesgo de caída, riesgo de lesión por presión, riesgo de error de medicación y riesgo de extravasación de quimioterapia, este último identificado como prioritario por los participantes. En cuanto a la actuación reactiva frente a los errores, se notó una fase de transición, en la que los profesionales entienden la importancia del establecimiento de una cultura de aprendizaje, pero la cultura punitiva y la cultura de culpa todavía se muestran presentes. Esta fase de transición también se percibe en los discursos asociados a la cultura de seguridad, presente en las actitudes de evaluación de riesgos y utilización de protocolos para el mantenimiento de la seguridad del paciente. Los grupos focales resultaron en la construcción colectiva de la propuesta del Plan de Acciones de enfermería dirigido a la gestión del riesgo de extravasación de quimioterapia. De esta forma, se consideró que, aun con la evolución que los profesionales e instituciones de salud han pasado con relación a la seguridad del paciente y cuidado seguro, aún es necesario abolir algunas características culturales que impiden ese progreso, como la cultura punitiva y enfoque no sistémica de los errores, asociando esto a la práctica de educación permanente es posible lograr mejoras significativas en la calidad de la asistencia prestada. Se espera que el diálogo entre profesionales y el intercambio de experiencias ayuden en la planificación de los cuidados, haciendo posible sugerir planes de atención asistencial con foco en la seguridad y calidad.

**Palabras clave:** Gestión de riesgos. Seguridad del paciente. Cuidados de Enfermería. Enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Modelo do queijo suíço de James Reason	28
<b>Figura 2</b>	Processo de gestão de risco	30
<b>Figura 3</b>	Análise de SWOT	37
<b>Figura 4</b>	Fluxograma representativo das atividades desenvolvidas na produção dos dados. Teresina, PI. 2019	45
<b>Figura 5</b>	Estrutura temática dos conhecimentos e ações de enfermeiros acerca do gerenciamento de riscos. Teresina, PI. 2019	47

### QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Proposta de Plano de Ações de enfermagem com foco no gerenciamento do risco de extravasamento de quimioterapia	72
-----------------	--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABNT</b>	Associação Brasileira de Normas Técnicas
<b>ACR</b>	Análise da causa raiz
<b>AMA</b>	<i>American Medical Association</i>
<b>ANVISA</b>	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
<b>AHRQ</b>	<i>Agency Healthcare Research Quality</i>
<b>CHD</b>	Classificação Hierárquica Descendente
<b>CISP</b>	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>COREN-SP</b>	Conselho Nacional de Enfermagem do Estado de São Paulo
<b>EA</b>	Evento Adverso
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FMEA</b>	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
<b>GF</b>	Grupo focal
<b>GR</b>	Gerenciamento de riscos
<b>HFMEA</b>	<i>Healthcare Failure Mode and Effect Analysis</i>
<b>ICV</b>	Iniciação Científica Voluntária
<b>IOM</b>	<i>Institute of Medicine</i>
<b>NBR</b>	Norma Brasileira
<b>Notivisa</b>	Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária
<b>NPSF</b>	<i>National Patient Safety Foundation</i>
<b>NSP</b>	Núcleo de Segurança do Paciente
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PIBIC</b>	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
<b>PCA</b>	Pesquisa Convergente-Assistencial
<b>PNSP</b>	Programa Nacional de Segurança do Paciente
<b>REBRAENSP</b>	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
<b>RENISS</b>	Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UCE</b>	Unidade de contexto elementar
<b>UFPI</b>	Universidade Federal do Piauí
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1 Justificativa e relevância .....	18
1.2 Objetivos .....	19
<b>2 REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....	21
2.1 Segurança do paciente – Breve Histórico .....	21
2.2 Gerenciamento de riscos para a segurança do paciente .....	27
2.2.1 Ferramentas para a gestão de riscos .....	33
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	38
3.1 Tipo de Estudo .....	38
3.2 Fases da Pesquisa Convergente-Assistencial .....	39
3.2.1 Fase de concepção .....	39
3.2.2 Fase de instrumentação e perscrutação .....	40
3.2.3 Fase de análise e interpretação .....	45
3.3 Aspectos éticos .....	48
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	50
4.1 Segurança do paciente e gerenciamento de riscos na perspectiva dos enfermeiros .....	51
4.2 Gerenciamento de riscos: um olhar para a atuação reativa .....	61
4.3 Atitudes e vivências: consolidando um gerenciamento de riscos proativo .....	66
4.4 Proposta do Plano de Ações de enfermagem com foco no gerenciamento do risco de extravasamento de quimioterapia .....	72
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	80
<b>APÊNDICES</b> .....	91
<b>ANEXOS</b> .....	101

## APRESENTAÇÃO

A motivação em estudar a temática segurança do paciente emergiu já na graduação, durante o curso bacharelado em enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI. O primeiro contato surgiu no início do curso, enquanto aluna do departamento e discente do Programa de Iniciação Científica Voluntária-ICV (2015-2016), tendo como orientadora a professora Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino.

O contexto do período era caracterizado pelo fortalecimento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela portaria nº 529 de 1º de Abril de 2013. O tema estava aparecendo cada vez mais no ensino e pesquisa na graduação e pós-graduação. Então a minha primeira relação com a pesquisa já foi dentro desse assunto que era relativamente novo para mim, despertando interesse e curiosidade.

A primeira pesquisa, realizada por meio do ICV, teve como objeto de estudo as reações adversas relacionadas à hemotransfusão. O andamento da pesquisa não foi fácil, houveram muitas dificuldades e barreiras a serem ultrapassadas, principalmente pelo fato de ser a primeira, mas conseguimos finalizá-la e o sentimento de satisfação gerou a vontade de pesquisar ainda mais e me aprofundar na temática.

Ainda tive a oportunidade de pesquisar juntamente com a professora Fernanda no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, que posteriormente se tornaria o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Nesta segunda experiência pesquisamos sobre a cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico.

As vivências obtidas na pesquisa durante a graduação reforçaram o desejo de continuar na pós-graduação, com o mestrado. Assim surgiram inúmeras ideias de projetos, que foram se afinando e aperfeiçoando, até chegar no objeto de estudo dessa pesquisa, as ações de enfermagem com foco no gerenciamento de riscos. Uma experiência diferente, por se tratar de pesquisa qualitativa, já que ainda não havia feito, e ainda mais desafiadora. Procurávamos com a pesquisa deixar uma contribuição para o cenário estudado, por isso a metodologia escolhida da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

Essa trajetória de dois anos percorridos pôde mostrar que pesquisar é complexo e exige persistência em cada nova barreira, mostrou também que a busca

por conhecimento e aperfeiçoamento deve ser árdua e incessante. O trabalho apresentado a seguir é resultado de dedicação e muitas leituras com o objetivo de contribuir com a comunidade científica e principalmente, contribuir para a adoção de práticas seguras por parte dos profissionais de enfermagem para garantir a qualidade do cuidado.

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida pela Classificação Internacional para Segurança do Paciente (CISP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado à saúde, e é uma das metas desejadas pelas instituições de saúde que buscam garantir assistência de qualidade, livre de erros e danos (WHO, 2009).

Essa temática tem sido muito discutida principalmente a partir de 1999, após a publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM)* dos Estados Unidos, intitulado: *To err is human: building a safer health care*, o qual gerou importante impacto sobre o movimento mundial de segurança do paciente, apontando que de 33,6 milhões de internações, 44.000 a 98.000 pacientes morreram em consequência de eventos adversos (EA) (KOHN; CORRIGNAN; DONALDSON, 2000).

O erro é definido pela CISP como falha em executar uma ação planejada ou aplicação de um plano incorreto. O risco é a probabilidade de ocorrência de um incidente. Os incidentes podem ser classificados como circunstância notificável (situação com potencial significativo para causar dano, mas que não ocorreu nenhum incidente), *near miss* (incidente que não chegou a ocorrer com o paciente), o incidente sem dano (atingiu um paciente, mas não causou dano discernível) e o incidente com dano, também chamado de EA (resulta em dano ao paciente) (WHO, 2009).

A deficiência na segurança do paciente causa 42,7 milhões de EA ao redor do mundo por ano, desse total, dois terços acontecem nos países em desenvolvimento ou em transição, de acordo com estudo realizado pela universidade de Harvard (JHA *et al.*, 2013). As principais causas desses erros estão ligadas a defeitos no sistema, ausência de barreiras de segurança eficazes e de processos padronizados, sobrecarga de trabalho e repetição de tarefas (SIQUEIRA *et al.*, 2015).

Em estudo realizado em um hospital público de grande porte do Distrito Federal, no período de 2011 a 2014, foram notificados 209 incidentes, dos quais 79,9% eram incidentes com dano (EA), a categoria profissional que mais notificou foi a enfermagem (26,3%), o local onde prevaleceu as ocorrências foi a internação (11%). Houve maior frequência de EA relacionados à infusão de sangue/hemoderivados (62,9%), seguida de acidente do doente (18,6%) e dispositivos médicos/equipamentos médicos (8,4%). Na categoria incidente sem dano, as notificações mais frequentes foram relacionadas a medicações/fluidos endovenosos (50%). Em relação

ao quase evento, também houveram mais notificações de medicações/fluidos endovenosos (87,6%). Na categoria circunstância comunicável, os incidentes mais frequentes foram de dispositivos médicos/ equipamentos médicos (86,4%) (GOTTEMS *et al.*, 2016).

Outra investigação conduzida no Brasil, sobre estimativas de óbitos extrapoladas para o número de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) e no setor privado mostrou que, no ano de 2015, ocorreram entre 104.187 a 434.112 possíveis óbitos relacionados a EA. Se fosse considerado como um grupo de causa de óbitos, esse fator estaria entre as cinco principais causas no país (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016)

Para que o paciente receba uma assistência de excelência, é imprescindível a implementação do gerenciamento de riscos (GR). Definido como a aplicação contínua e sistêmica de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e EA que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional e a imagem institucional (BRASIL, 2013a).

O GR é um dos temas mais discutidos em âmbito hospitalar nos últimos anos, unido aos processos de melhoria contínua contribui para a qualidade e excelência dos serviços prestados (MELO *et al.*, 2013). Tem como finalidade: reduzir a ocorrência de falhas reais ou potenciais em seus processos, aumentar a confiabilidade dos processos vigentes por meio da análise das falhas ocorridas, diminuir os erros e aumentar a qualidade tanto em procedimentos clínicos como administrativos (LIMA; MELLEIRO, 2013).

A administração do risco na saúde foi introduzida no Brasil em 2001 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no projeto Hospitais Sentinela, sua finalidade era elaborar estratégias para minimizar EAs na prática clínica, na rede dos hospitais envolvidos. A partir daí, a contínua adoção de novas tecnologias na área da saúde, particularmente no campo da enfermagem, fez com que as organizações implementassem o GR, sistematizando assim, a supervisão dos eventos, objetivando ter maior segurança nas ações realizadas (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

Desse modo, as notificações são ferramentas importantes que permitem a implantação de ações diante das falhas apresentadas, podendo ser acompanhadas por meio da mensuração de indicadores com estabelecimento de metas a serem cumpridas (MELO *et al.*, 2013). No entanto, sabe-se que erros notificados não representam o total ocorrido na prática, devido à subnotificação. O objetivo da

notificação é encontrar as causas e quais foram as falhas ocorridas no processo, após isso é necessário a implementação de estratégias de ação e correção dos processos envolvidos para evitar a sua repetição (LIMA; MELLEIRO, 2013).

A atitude do profissional e a adesão às medidas de segurança também são de extrema significância. Avaliar a frequência com que os erros são comunicados, entendendo que o foco deve ser evitar uma nova ocorrência e não a procura do responsável pelo erro, estimulando assim uma cultura não punitiva (OLIVEIRA, 2016).

O enfermeiro, como gerente de risco, tem o papel de desenvolver habilidades de análise de causas de incidentes, elaboração de estratégias táticas e operacionais para minimização dos riscos, já que possui experiência com o cotidiano das práticas assistenciais, realiza rotineiramente verificação dos recursos físicos, materiais e administrativos dos setores de saúde, além de competências e habilidades intrínsecas à sua formação de gestão clínica e hospitalar (SANTOS *et al.*, 2013).

Nesse contexto, esses profissionais são responsáveis por prestar assistência livre de erros decorrentes de imprudência, imperícia ou negligência. Devido ao tempo prolongado junto ao paciente e aos procedimentos invasivos realizados, cabe a eles colaborar para que sejam construídas expectativas positivas, por meio de intervenções humanitárias e seguras para a melhoria da qualidade da assistência (NUNES *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016).

No ambiente hospitalar, podem ser facilitadores nos processos de identificação dos riscos de EA, sendo elementos chave, devido ao seu protagonismo na assistência. A medida que assumem o papel de líderes junto a sua equipe, há evidências na melhoria da assistência, logo devem relatar, mensurar, comparar os fatos e as consequências dos EA (FRANÇOLIN *et al.*, 2015).

Dessa forma, entender a relação entre os riscos e as características dos cuidados à saúde na rede hospitalar, pode fornecer a esse profissional elementos importantes para a melhoria da assistência. Portanto, é relevante investir nos enfermeiros assistenciais, permitindo sua participação nos processos de análise permanente do serviço, para continuarem identificando os riscos e implementando práticas seguras e baseadas em evidências na instituição (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Apesar de possuírem essa importante atribuição no gerenciamento da qualidade do cuidado, as dificuldades que enfrentam no cotidiano da gestão do serviço são comuns, de forma que existe uma lacuna no sentido de entendimento amplo desses desafios e em propostas de soluções para as dificuldades encontradas. Entre

as barreiras encontradas estão a falta de profissionais para atendimento, pouco tempo para treinamento da equipe e a elevada demanda de pacientes. Além de conhecer e tentar minimizar essas dificuldades, o enfermeiro ainda deve buscar meios de realizar o gerenciamento de maneira eficiente e eficaz com foco nas necessidades do paciente (SANTOS *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, adotou-se a seguinte questão norteadora: Quais as ações de enfermagem com foco no gerenciamento dos riscos para uma melhoria na segurança do paciente? Como objeto de estudo têm-se as ações de enfermagem com foco no gerenciamento de risco em ambiente hospitalar.

### **1.1 Justificativa e relevância**

Considerando que a discussão sobre gerenciamento de riscos para segurança do paciente é relevante, e que o conhecimento científico relacionado a essa temática mostra-se relativamente recente em termos de desenvolvimento de políticas, a construção do presente trabalho justifica-se pela necessidade de se destacar as ações dos enfermeiros no contexto da gestão de riscos na saúde.

A enfermagem precisa de dados reais da sua realidade para adotar medidas, pois possui um papel fundamental nos processos que envolvem a atenção ao paciente. Dessa forma, estes profissionais são responsáveis por renovar o olhar sobre suas práticas diárias, com a finalidade de identificar as falhas existentes. Assim, os enfermeiros gestores, juntamente com os assistenciais e toda sua equipe tem necessidade de desenvolver metas e ações que visem a melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente.

Além disso a exploração das vivências dos profissionais diante dos riscos potencialmente presentes em uma instituição hospitalar e as estratégias utilizadas para minimizá-los, bem como a busca por compreender de que forma podemos atuar coletivamente para ampliar as ações voltadas para a segurança do paciente, podem contribuir para uma melhora efetiva na qualidade da assistência, adotando sistemas gerenciados, práticas e procedimentos sistematizados, protocolos multidisciplinares e ferramentas de avaliação e monitoramento implementados de forma eficaz (FELDMAN, 2009).

O estudo ajuda a dar destaque à valorização do olhar do profissional na identificação dos riscos, já que estes, inseridos no contexto da prática clínica e na

linha de frente do cuidado, são os mais interessados e responsáveis em transformar positivamente essa realidade, garantindo a segurança para os seus pacientes. A principal característica desse tipo de estudo é essa articulação intencional entre pesquisa e prática assistencial, com a finalidade de encontrar alternativas viáveis para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações, portanto este estudo tem um compromisso com a melhoria direta do contexto social envolvido (TRENTINI; PAIM, 2004).

Entende-se que a pesquisa possa ainda contribuir para o campo da enfermagem, uma vez que coloca a atuação do enfermeiro como imprescindível para garantir qualidade e segurança aos pacientes, além de dar ênfase à prática constante do planejamento, monitoramento e gerenciamento de riscos, como parte de uma estratégia para promover cultura de segurança e dessa forma melhorar a margem de segurança. Espera-se que contribua no cenário do estudo, com uma mudança positiva da realidade dos riscos e EA para segurança do paciente por meio do Plano de Ações proposto, a sua utilização na assistência fornece um papel de suporte para os profissionais com a finalidade de garantir segurança ideal para os pacientes

Espera-se ainda, estimular o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática e a replicação do estudo em diferentes contextos, levando ao reconhecimento de sua importância para o enriquecimento da literatura e da relevância tanto no âmbito da saúde pública, quanto dos próprios profissionais de saúde, em especial os enfermeiros.

## **1.2 Objetivos**

- Discutir o conhecimento dos enfermeiros sobre gerenciamento de riscos e segurança do paciente.
- Conhecer os riscos mais frequentes para a segurança do paciente.
- Levantar as ações de gerenciamento de riscos desenvolvidas pelos enfermeiros.
- Elaborar, coletivamente, um Plano de Ações de enfermagem voltado para o gerenciamento do risco prioritário identificado.

## 2 REFERENCIAL TEMÁTICO

### 2.1 Segurança do paciente – Breve Histórico

A preocupação relacionada à segurança do paciente não é algo atual, há mais de 2 mil anos, Hipócrates, conhecido como o pai da medicina, escreveu “Nunca causarei dano a ninguém”, frase que foi traduzida como “*Primum non nocere*” ou “Primeiro não causar dano”. Por meio de sua fala, é possível perceber que, mesmo num contexto assistencial pouco desenvolvido, Hipócrates considerou a assistência passível de erro e a segurança do paciente como algo importante (WACHTER, 2013).

Em 1846, foi o médico Húngaro, Ignaz Philip Semmelweis, que comprovou a relação da febre puerperal com os cuidados médicos, ao observar que os médicos que iam diretamente da sala da autópsia realizar cirurgias obstétricas tinham um odor desagradável nas mãos. Semmelweis propôs que a febre fosse causada por “partículas cadavéricas”, insistindo que os profissionais lavassem suas mãos com solução clorada antes de tocarem pacientes, no mês seguinte após essa intervenção, a taxa de mortalidade caiu de 12,2% para 1,2%. Dessa forma, demonstrou que a higienização adequada das mãos poderia evitar infecções puerperais e mortes maternas (BRASIL, 2009).

Além disso, essas preocupações são ligadas a enfermagem desde o tempo de Florence Nightingale, que em seu livro *Notes on Hospitals*, em 1863, já sustentava que o primeiro dever de um hospital deveria ser o de não causar mal ao paciente. Em 1990 houve um grande avanço, quando James Reason trouxe a compreensão de como os erros ocorrem, destacou que um erro é decorrente de falha no sistema e por isso deve ser abordado de forma holística (CALDANA *et al.*, 2015).

A atenção com a qualidade da informação e da comunicação para a segurança do paciente também não são novas. Já em 1910, Ernest Coldman, um destacado cirurgião de Boston, nos Estados Unidos da América (EUA), foi o primeiro a apontar o estado deplorável dos prontuários dos pacientes nos hospitais. Publicou seus primeiros trabalhos acerca da importância de garantir a qualidade dos resultados e procedimentos médicos desenvolvendo um sistema de padronização hospitalar (FELDMAN, 2004).

Sobre qualidade, a teoria de Donabedian, estudioso desse tema desde a década de 60, afirma que a qualidade na saúde baseia-se na sistematização do

conhecimento das organizações, por meio de três fatores: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1999).

Fazem parte da estrutura as características mais estáveis da assistência de saúde. Corresponde a estrutura física, equipamentos disponíveis, capacitação dos profissionais, e também organização do serviço. Ou seja, os atributos do local onde o cuidado é prestado: recursos materiais e humanos, estrutura organizacional (DONABEDIAN, 1999).

O processo é toda atividade desenvolvida entre profissionais de saúde e pacientes. Fornece subsídios para a valoração da qualidade, já que por meio dessas relações se atingem os resultados da assistência. Hoje na prestação do cuidado se inclui as atividades do próprio paciente na busca e recebimento do cuidado, as do pessoal na realização do diagnóstico, as recomendações ou implementação do tratamento (DONABEDIAN, 1999).

O resultado é a consequência da assistência realizada, reflete as mudanças que podem ser observadas no estado de saúde do paciente. Como efeito desse cuidado está incluso a melhoria do conhecimento, as mudanças de comportamento que afetem positivamente a saúde e o grau de satisfação, que servem como comparativos com outros estabelecimentos e serviços semelhantes (DONABEDIAN, 1999).

Em 1996, a *American Medical Association* (AMA) formou a *National Patient Safety Foundation* (NPSF) para garantir que os pacientes e os seus cuidadores estivessem livres de danos (NPSF, 2015). Na década de 90, nos EUA, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) foi criada com a missão de melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade do cuidado à saúde para os americanos (AHRQ, 2001).

No início desse século, o IOM passou a admitir a segurança do paciente como um dos seis atributos de qualidade, juntamente com a efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade, definindo qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de alcançar resultados esperados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (BRASIL, 2014).

Após o relatório lançado em 1999 pelo instituto, que repercutiu em vários países e chamou atenção dos profissionais de saúde de todas as partes do mundo, houve um esforço para melhorar a segurança do paciente que culminou com a criação, em

2004, da “Aliança mundial para a segurança do paciente” (PEREIRA; SOUZA; FERRAZ, 2014).

A Aliança mundial para segurança do paciente tem como abordagem fundamental a prevenção de danos, visa despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo. Desde então, na América Latina, os países vêm se organizando para cumprir as ações previstas na Aliança. Diante disso, os envolvidos exercem o compromisso político, lançando planos e realizando iniciativas que garantem a segurança dos pacientes com base nas metas internacionais (ANVISA, 2011).

As metas estabelecidas geram melhorias em áreas consideradas problemáticas e possuem elementos e mensuração próprios, que são avaliados isoladamente em relação aos seguintes padrões: identificação correta dos pacientes, melhoria da comunicação entre os profissionais, aperfeiçoamento da segurança no uso das medicações de risco, cirurgia segura, diminuição dos riscos de infecção e prevenção de queda (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

No Brasil, as primeiras iniciativas vieram em 2002 com a criação da rede brasileira de hospitais sentinela pela ANVISA, que possui como finalidade a busca ativa de EA, notificação e uso racional das tecnologias em saúde (BRASIL, 2014). Em 2004, foi criada a Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS), cujo intuito era formar um grupo de profissionais treinados para investigar os surtos e EA hospitalares e intervir com ações rápidas em situações de risco, objetivando reduzir a gravidade dos casos e o número de pessoas afetadas pelas infecções hospitalares (ANVISA, 2011).

A partir de 2011 ficou estabelecido que, para participar da rede sentinela, as instituições precisariam criar uma gerência de risco e apresentar uma política de GR que descrevesse estratégias para a identificação, a avaliação, o monitoramento e a comunicação de riscos. Além de demonstrar como ocorre a relação da sua gerência de risco com outras instâncias que lidam com risco nas instituições, tais como, comissões de controle de infecção, núcleos de epidemiologia e de qualidade, entre outras. Esta gerência de risco é responsável por fazer a ligação entre a ANVISA e a instituição de saúde, garantindo que a política de GR seja aplicada (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, ainda em 2011, a resolução da ANVISA RDC nº 63, dispôs sobre os requisitos e boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, possuindo objetivo de estabelecer, além dos requisitos, fundamentos na qualificação, na humanização, na atenção e gestão, na redução e controle dos riscos aos usuários e ao meio ambiente (BRASIL, 2011).

No ano de 2013, o Brasil deu mais um passo no que diz respeito às iniciativas para melhoria da segurança do paciente. Foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído por meio da portaria nº 529/13, que estabeleceu ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde por meio do envolvimento dos pacientes e familiares nesse processo, do acesso facilitado da sociedade às informações relativas à temática, da produção e difusão de conhecimentos e estímulo a inclusão do tema no ensino técnico, graduação e pós-graduação em saúde (BRASIL, 2013b).

Posteriormente, foi publicada a RDC nº 36/2013, considerada marco regulatório, pois subsidiou a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) nos estabelecimentos de saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas para a segurança do paciente (BRASIL, 2013a). Os NSPs devem agir como articuladores e incentivadores dos demais setores do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, sendo responsáveis pela elaboração de um plano de segurança que aponte e descreva as estratégias e ações definidas pela instituição de saúde para a execução das etapas de promoção, proteção e mitigação dos incidentes associados ao cuidado (BRASIL, 2014).

A enfermagem, como uma grande força de trabalho e em razão do grande quantitativo de profissionais, tem ligação direta com as estratégias de segurança do paciente e prevenção de erros. Em 2005, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, com o objetivo de traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da enfermagem nessa área. A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) foi criada em 2008, uma estratégia adotada por um grupo de enfermeiros para o desenvolvimento e articulação entre instituições de saúde e educação com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e de qualidade (DUARTE *et al.*, 2015; CASSIANI, 2010).

O Conselho Nacional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) e a REBRAENSP-polo São Paulo lançaram em 2010 uma cartilha com os “10 passos

para a segurança do paciente”, no intuito de abordar os principais aspectos que influenciam diretamente na prática assistencial: a identificação correta do paciente, higienização das mãos, conexões corretas (cateteres e sondas), cirurgia segura, administração segura (sangue e hemocomponentes), paciente envolvido com a sua segurança, comunicação efetiva, prevenção de quedas, prevenção de lesão por pressão e segurança na utilização de tecnologias (REBRAENSP, 2013).

Todos esses movimentos de ampliação de incentivos, ações e políticas em prol da segurança do paciente nacional e internacionalmente foram decorrentes dos números alarmantes de incidentes relacionados ao cuidado apontados por pesquisas.

Um estudo de EA que resultaram em óbitos, notificados no Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária (Notivisa), registrou 63.933 eventos no período de junho/2014 a junho/2016, desses, 417 (0,6%) evoluíram para óbito. Amapá foi o único estado a não notificar óbito no período estudado, Minas Gerais, Paraná e São Paulo foram responsáveis por 55,9% dos registros no Notivisa, sendo que somente o estado de São Paulo foi responsável por 22,1% das notificações. A unidade em que mais ocorreram os incidentes foram as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (33,8%), seguida dos postos de internação (27,1%). O tipo de notificação predominante foi a relacionada a falhas durante a assistência à saúde (49,6%) (MAIA *et al.*, 2018).

Em um estudo multicêntrico realizado no México, foram analisados os EA reportados pelo pessoal da enfermagem no período de abril de 2012 a janeiro de 2013. Nas sete instituições estudadas foram registrados 137 EA. O evento identificado com maior frequência foi o relacionado com o cuidado (30,7%), dentro destes, se destacam os que não foram realizados corretamente (19,7%), as lesões por pressão (13,9%). Com relação a severidade dos casos, mais da metade (51, 1%) estiveram relacionados a invalidez temporal ou permanente, ou até a morte do paciente. Em 75% dos casos, poderiam ser evitados (ZÁRATE-GRAJALES *et al.*, 2015).

Pesquisa realizada em seis hospitais Belgas, durante seis meses, mostrou que foram encontrados 465 EA dos 830 registros de pacientes, destes, 46% foram evitáveis, os principais foram associados à terapia medicamentosa (25,6%), cirurgia (23,7%), diagnóstico (12,4%), e sistema (12,4%) (MARKET *et al.*, 2015). Um estudo de EA em UTIs no sul da África, apontou que ocorreram 260 EA em 61 pacientes, os mais frequentes foram complicação do cateter, hipoglicemia e má posicionamento do tubo orotraqueal (VERMEULEN *et al.*, 2014). Outro realizado em unidades cirúrgicas

na Espanha, encontrou uma prevalência de EA de 36,8%, com um número de 0,5 eventos por paciente, 56,2% considerados evitáveis (ZAPATA *et al.*, 2015).

O uso da notificação como meio de identificar EA e riscos para os pacientes tornou-se uma prioridade. São ferramentas importantes para ajudar profissionais de saúde a implementar estratégias e práticas de GR mais eficientes e melhorar a prevenção dos riscos e EA (BUJA, *et al.*, 2016).

Gerenciar riscos é importante pois reduz a incidência de danos e diminui o tempo de hospitalização. Por meio do GR, os recursos financeiros são usados de forma racional, pois as etapas possibilitam a escolha do que é prioritário na execução dos procedimentos de controle de risco (MELO *et al.*, 2013b).

Na gestão de riscos, o mapeamento do risco clínico representa um primeiro passo para melhorar a cultura de segurança do paciente, pois é importante monitorar as medidas de segurança adotadas em cada ambiente, determinar quais os tipos de EA são mais prováveis de ocorrer, quais aspectos da atenção ao paciente e como informações relacionadas podem ser integradas e exploradas. É esse tipo de análise que pode promover uma cultura de segurança dentro da organização (BUJA *et al.*, 2016).

A investigação dos EA sofreu mudanças consideráveis com o passar dos anos. As pesquisas com revisão retrospectiva de prontuário ainda são consideradas o método mais utilizado e adequado para avaliação dos eventos, apesar de apresentar alto custo e conter imperfeições. Mais recentemente os estudos tem procurado desenvolver uma metodologia utilizando meios eletrônicos para fazer essa identificação, para que dessa forma possam ser desenvolvidos programas que sejam mais facilmente incorporados à rotina de serviço. Todavia, esse tipo de metodologia ainda não é compatível com a realidade de muitos países em desenvolvimento, como o Brasil, que não possuem a tecnologia necessária para esse tipo de pesquisa (MENDES *et al.*, 2005).

As mudanças não foram somente em questões metodológicas, o foco de análise dos EA também passou por modificações, os trabalhos que inicialmente tinham foco na negligência e em causas específicas para a ocorrência desse tipo de incidente, considerando acima de tudo as questões legais do cuidado, mais recentemente passaram a refletir não a responsabilidade individual nas ocorrências e sim a evitabilidade, visando compreender e corrigir os fatores desencadeantes para

assim levar a uma melhoria na segurança do paciente (BUJA *et al.*, 2016; MENDES *et al.*, 2005).

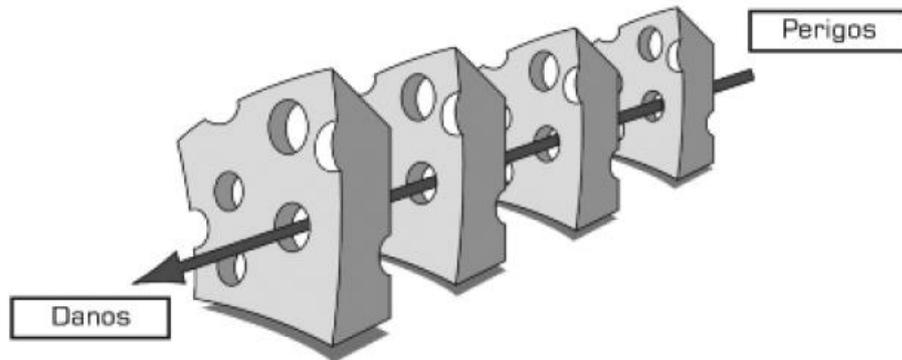
Os estudos tinham uma preocupação de caráter médico legal, enquanto que agora a atenção para o aprimoramento da qualidade do cuidado ganhou destaque, além dos objetivos de identificar e quantificar os EA, foram incluídos objetivos de aperfeiçoar o processo de cuidados aos pacientes, conseqüentemente eventos de menor gravidade passaram a ser valorizados também. Compreender este fenômeno é um passo significativo para a criação de políticas que visem a segurança do paciente e assegurem uma assistência de qualidade nos hospitais (MENDES *et al.* 2005)

## **2.2 Gerenciamento de riscos para a Segurança do paciente**

O livro publicado por Reason na década de 90, intitulado *Human Error*, foi o primeiro de uma série de relatos sobre a segurança do paciente, definiu erro como a incapacidade de uma ação planejada ser concluída ou entendida (erro de execução), sem a intervenção de algum acontecimento imprevisível, ou uso de um plano errado para chegar ao objetivo (erro no planejamento) (REASON, 2009).

O autor propôs então o modelo do queijo suíço (Figura 1) de acidentes organizacionais, usado desde então como modelo para a segurança sistêmica. De acordo com este modelo, os erros ativos (ocorrem na ponta) são resultados de erros latentes (ocorrem no processo), caracterizados pelos orifícios presentes no queijo. Os erros ativos são aqueles que ocorrem a nível operacional, fazendo uma analogia com as instituições de saúde são os erros cometidos pelos profissionais no cuidado direto ao paciente. Já as falhas latentes são as que ocorrem dentro do sistema, relacionados às influências organizacionais, correspondendo, por exemplo, à carga de trabalho excessiva e estressante, ausência de protocolos, entre outros. Reason afirma que é preciso diminuir os orifícios do queijo e criar diversas “barreiras”, para assim impedir o realinhamento dos buracos, evitando que os erros ocorram (REASON, 2009; WACHTER, 2013).

**Figura 1- Modelo do Queijo Suíço de James Reason.**



Fonte: Reason, 2009.

Progressivamente, as instituições de saúde reconhecem a necessidade de adotar como meta prioritária o atendimento integral e seguro a seus pacientes, sendo muito importante que as atividades desenvolvidas por seus profissionais estejam fundamentadas em pressupostos filosóficos, científicos e metodológicos claros e apropriados para garantir um modelo assistencial de qualidade. A qualidade do serviço, hoje respaldada pela acreditação hospitalar é adotada como meta das melhores instituições de saúde, privadas ou não, considerando os constantes aperfeiçoamentos das práticas que buscam a integralidade do cuidado para a satisfação das necessidades de saúde e de segurança de quem depende desses trabalhadores e de seus serviços (ARAÚJO *et al.*, 2017b).

No Brasil já existem protocolos, processos de trabalho, instruções reguladoras e diretrizes para prevenir danos e falhas que podem ocorrer devido à ineficácia da comunicação ou falha na execução da assistência, além de ajustar os cuidados não sistematizados pelas equipes de modo a implementar boas práticas de saúde. Nesse contexto, o serviço de GR está configurado como um setor responsável para identificar não conformidades dentro dos processos de segurança nas organizações de saúde, para propor ações preventivas com intuito de melhorar a qualidade do cuidado e garantir maior segurança para o paciente. Além disso, fortalece as práticas de segurança no cuidado da enfermagem (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

De acordo com a OMS, a gestão de riscos pode ser definida como o processo de identificar, avaliar, analisar, comunicar e controlar todos os riscos e incidentes, em

todos os níveis da organização. Os resultados obtidos por meio dessa investigação servem para facilitar a definição de prioridades na tomada de decisão, com objetivo de chegar na redução dos riscos, das falhas, proporcionar um equilíbrio entre custo e benefícios, aumentando, assim a qualidade em processos clínicos e administrativos (WHO, 2009).

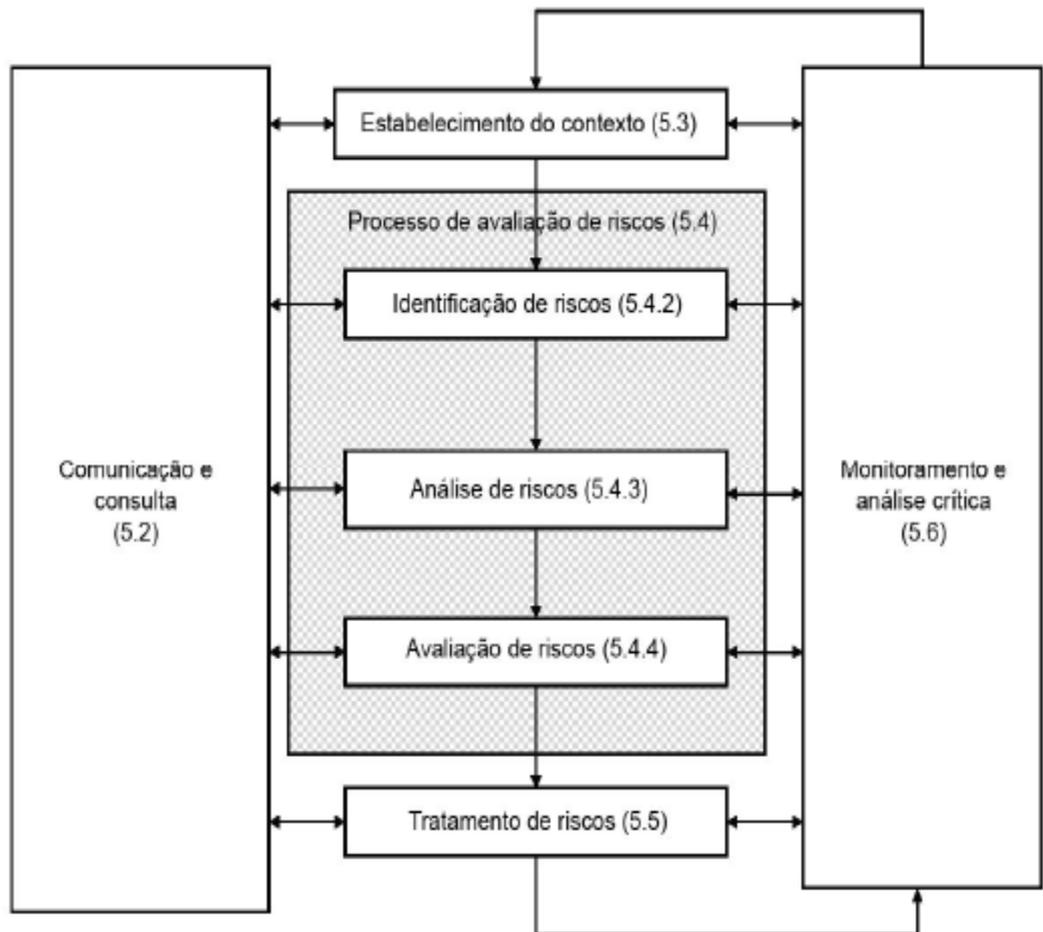
Esse conceito se incorporou na saúde há aproximadamente 30 anos, nos EUA, devido ao elevado grau de complexidade dos estabelecimentos de saúde que apresentavam objetivos em comum e desejavam proteger suas empresas contra as perdas (FELDMAN, 2009). No Brasil, as ações de GR começaram a ser instituídas por meio da criação da rede brasileira de hospitais sentinela pela ANVISA, em 2001, por meio das notificações de EA, estimulando a identificação dos riscos hospitalares, a análise da causa e posteriores intervenções para corrigir as falhas nos processos (ANVISA, 2011).

A partir de então, as instituições de saúde vêm consolidando cada vez mais práticas de GR com finalidade de aumentar a segurança do paciente e a qualidade da assistência. O PNSP traz algumas recomendações para gestão de riscos nas organizações, como fazer o diagnóstico de situações de processos, atividades e procedimentos realizados no ambiente, análise dos riscos que possam ocorrer; implantação de ações para eliminar, reduzir ou prevenir riscos, definindo cronograma e responsabilidades pelas ações, elaborado com base na identificação de problemas prioritários e análise das causas. Recomenda-se, ainda, que os serviços de saúde disponham de indicadores para a mensuração da qualidade dos serviços, para que seja possível acompanhar os resultados das ações, dos programas e sistemas de saúde (BRASIL, 2013b).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) lançou em 2009 a Norma Brasileira de Regulamentação (NBR) ISO31000, que estabelece os princípios e diretrizes a serem seguidos para tornar a gestão de riscos eficaz, podendo ser aplicada em qualquer organização, possibilitando aumentar a probabilidade de se atingir objetivos, encorajar uma gestão proativa, estar atento para a necessidade de identificar e tratar riscos, melhorar a identificação de oportunidades e ameaças, atender a normas internacionais e requisitos legais, melhorar a governança, melhorar a confiança das partes interessadas, estabelecer uma base confiável para tomada de decisão e o planejamento, melhorar o controle, o desempenho da saúde e segurança,

a prevenção de perdas, gestão de incidentes e a aprendizagem organizacional (ABNT, 2010). O processo de gestão de riscos é formado pelas seguintes etapas (Figura 2):

**Figura 2- Processo de gestão de riscos**



Fonte: ABNT, 2010.

Para ser um processo eficaz, convém que a organização em todos os níveis atenda aos princípios: a gestão de riscos é integrante de todos os processos organizacionais; é parte da tomada de decisão; aborda explicitamente a incerteza; é sistemática, estruturada e oportuna; baseia-se nas melhores informações disponíveis; é feita sob medida; considera fatores humanos e culturais; é transparente e inclusiva; é dinâmica, interativa e capaz de reagir a mudanças; facilita a melhoria contínua da organização (ABNT, 2010).

Conforme Araújo *et al.* (2017b), cuidar integralmente, reunindo o conhecimento reflexivo e crítico, exige principalmente do profissional enfermeiro raciocinar clinicamente para diagnosticar necessidades de saúde, planejar cuidados de enfermagem de qualidade seguros e executá-los. A qualidade do cuidado de

enfermagem precisa ser continuamente avaliada, tanto para aprimorar a assistência, como para entender e refletir sobre a segurança do cuidado ofertado. A gerência dos cuidados por parte do enfermeiro produz resultados, implicando diretamente na qualidade e na excelência oferecidas aos pacientes assistidos que, por sua vez, vivenciam a organização do sistema assistencial múltiplo formado pelo quadro de profissionais de enfermagem e saúde.

Como participante efetivo em todas as ações de cuidado e gerenciamento de saúde, esse profissional exerce um papel essencial no desenvolvimento das estratégias de promoção de uma cultura favorável a um ambiente de segurança do paciente, e suas ações têm repercussões nas atitudes de outros profissionais da equipe de trabalhadores. Para que haja um cuidado seguro deve haver uma boa interação entre gerentes e demais profissionais, de modo a melhorar os processos de trabalho e construir uma cultura de oposição ao erro, com a notificação de eventos e avaliação de possíveis causas que os precedem, gerando ações unidirecionais por parte de todos os profissionais envolvidos no cuidado, com foco na melhoria da qualidade do cuidado (BARATTO *et al.*, 2016).

A assistência de saúde sempre envolverá riscos, devido ao crescente avanço tecnológico, diversidade de processos organizacionais, e uma demanda cada dia maior. Dessa forma, conhecer os riscos que podem aumentar a probabilidade da ocorrência de erros, analisar e implementar barreiras a fim de minimizá-los são ações mandatórias na profissão da enfermagem que podem contribuir para uma menor incidência de EA (SOUSA; MENDES, 2014).

Para atuar com qualidade é imprescindível a avaliação dos serviços e a preocupação com a prevenção de riscos inerentes a área da saúde. Identificar quais os riscos, definir estratégias para sua prevenção e difundir para toda a equipe a importância em identifica-los é uma das propostas do GR (LIMA; MELLEIRO, 2013).

Destaca-se a importância da adoção de estratégias de educação continuada para todos os profissionais envolvidos nesse processo, pautada nos dados fornecidos por meio das notificações. A formação com base em segurança do paciente, o treinamento utilizando ferramentas de GR, classificação de EA e comportamentos de segurança, além disso, ações de educação permanente, com foco em protocolos e práticas baseadas em evidências ajudam a mudar padrões e provocar evolução, preparando os profissionais de saúde para a proatividade (SIMAN; BRITO, 2016).

Sabendo que risco é a exposição aos potenciais desvios do que foi planejado, algo que deve ser minimizado ou evitado, o GR na saúde objetiva o aprendizado com os erros para evitar a reincidência eventos, avaliar os danos causados e tomar as decisões apropriadas. O cuidado deve ser realizado com qualidade, de maneira comprometida com a segurança do paciente, com a finalidade de promover a saúde sem gerar danos emocionais ou físicos que podem acarretar no aumento do tempo de internação, sofrimento por parte do paciente e família, incapacidades e até mesmo a morte (MELO *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2017).

O GR resulta em um trabalho complexo, que incorpora diferentes aspectos inerentes à prática profissional, além de necessitar da colaboração de todas as pessoas/profissionais, independente do cargo. Deve ser estabelecido o compromisso e responsabilidade de todos diante dessa função para a promoção da qualidade nos serviços e segurança do paciente. Importante destacar também, que independentemente da posição ocupada pelo enfermeiro dentro de um hospital, este deve sentir-se corresponsável pelo GR (CEDRAZ *et al.*, 2018).

Considera-se que o GR funciona como um gatilho para obter condições adequadas no que diz respeito a assistência e oferta de trabalho seguro. Para sua implantação é necessária a realização das estratégias de gestão organizacional, a integração de todos nos processos de cuidado, o uso das melhores evidências, transparência, responsabilização, criação de uma cultura de segurança, sensibilização, atitude de reagir às mudanças e prevenir danos (SIQUEIRA *et al.*, 2015).

A cultura de segurança do paciente é um elemento que possibilita um ambiente favorável a mudanças, conseqüentemente mais passíveis de organização e articulação de mecanismos, como o GR, para alcançar as práticas de cuidado seguro. No ambiente organizacional são requeridas seis mudanças para se iniciar a jornada com vistas a uma cultura de segurança: mudar a busca de erros como falhas individuais, para entendê-los como falha no sistema; adotar uma abordagem não punitiva; mudar do sigilo para a transparência; o cuidado deve ser centrado no paciente, não no profissional; utilizar modelos de cuidado realizado por equipe multiprofissional e interdependente; a prestação de contas deve ser universal e recíproca (todos os níveis hierárquicos) (BRASIL, 2014).

Uma cultura positiva viabiliza um cenário onde ocorre a constatação do erro e o seu imediato relato, ações imprescindíveis para a implementação de intervenções e

de medidas preventivas. Dessa forma, volta-se à importância da notificação de EA como atitude de prevenção da sua ocorrência, para que seja possível o aprendizado com os erros e a melhoria da gestão da cultura de segurança nas organizações (ABREU, *et al.*, 2019).

Alguns fatores como a má comunicação, falta de liderança e trabalho em equipe, falta de sistemas de notificação, análise inadequada de EA, postura punitiva da instituição e conhecimento inadequado da equipe sobre segurança do paciente comprometem a instalação de uma cultura de segurança. Por isso, transformar o ambiente de trabalho para promover a segurança é um dos principais requisitos considerados pelas organizações que dão credenciamento a hospitais e outras organizações de saúde (AMMOURI *et al.*, 2015).

Para construir e promover uma cultura de segurança os administradores devem encorajar a notificação e análise dos EA como lições para promover o planejamento de gestão de riscos. Nos EUA, o departamento de saúde reconhece que a cultura de culpa ainda é dominante na área da saúde e dificulta a oportunidade de aprender com os erros (AHRQ, 2012).

Os esforços para melhorar os resultados dos pacientes e buscar acreditação hospitalar levaram ao reconhecimento da necessidade de criar ambientes livres de culpa, pois é vital para a promoção da cultura de segurança do paciente e permite aos profissionais relatarem e aprenderem com os erros sem ter medo de ações punitivas. Desse modo, torna viável a realização de uma gestão de riscos mais eficiente e eficaz (AMMOURI *et al.*, 2015).

### **2.2.1 Ferramentas para a gestão de riscos**

Melhores práticas de gestão podem propiciar melhorias significativas nas práticas assistenciais e na resolutividade dos serviços. A gestão dos riscos compreende os seguintes procedimentos: planejar GR, identificar os riscos, realizar a análise quantitativa dos riscos e controlar os riscos. Os objetivos do GR são aumentar a probabilidade e o impacto dos eventos positivos e reduzir a probabilidade e o impacto dos eventos negativos, ou seja, identificar possíveis incertezas e corrigi-las (VENCATO, 2014).

As organizações, de um modo geral, almejam se manter competitivas no mercado, diminuir e controlar cada vez mais as incertezas que cercam os seus

projetos. Para tanto, vêm adotando métodos e ferramentas para o GR, de atuação reativa ou proativa, dependendo do contexto (COSTA; MARINHO, 2017).

### **2.2.1.1 Ferramentas para atuação reativa**

Quando a abordagem é direcionada a eventos indesejáveis que já aconteceram, normalmente se investe em identificar as causas e adotar ações capazes de evitar a sua recorrência no futuro, denomina-se esse processo como avaliação de riscos reativa (DILLARD, 2004). Algumas ferramentas são utilizadas para fazer a identificação desses riscos, as principais são explanadas a seguir.

#### **Análise da causa raiz**

A Análise da Causa Raiz (ACR) é a investigação de um problema e identificação da(s) sua(s) causa(s) raiz(es) para facilitar na realização de intervenções corretivas. O objetivo principal é descobrir o que ocorreu, por quê ocorreu e o que fazer para evitar a recorrência. O diferencial do método é que não procura apenas as causas diretas que contribuíram para a ocorrência do problema, e sim a causa fundamental, ou seja, a causa raiz, que é aquela que se não tivesse ocorrido, o problema não existiria. Eliminando essa causa por meio de ações corretivas, este não se repetirá (UBEROI; GUPTA; SIBAL, 2004).

A ACR objetiva eliminar causas presumíveis relacionadas a problemas como procedimentos, pessoas, equipamentos e processos, eliminar causas aparentes, determinar a causa raiz e outras que possam ter contribuído para o problema que também necessitam de correção (AMMERMAN, 1998). Destaca-se que essa ferramenta não visa responsabilizar pessoas, mas utilizar sua participação e conhecimento sobre o incidente ocorrido como fonte de informações, para se compreender melhor e futuramente ser a prova de falhas.

De acordo com Ammerman (1998) a causa raiz é aquela que se corrigida prevenirá a recorrência do problema, ou seja, é a razão para a sua existência. No entanto, também existem as causas presumíveis, que são aquelas que aparecem no início da coleta de dados, mas que não são confirmadas e precisam de validação; e as causas contribuintes, que são aquelas que sozinhas não causariam o problema, mas são relevantes e precisam de intervenções para melhoria da qualidade do

serviço. Para que algum problema seja totalmente resolvido e não volte a se repetir é importante encontrar todas as causas.

Entre os métodos de ACR, os mais conhecidos são: o método dos 5 por quês, o diagrama de Ishikawa ou diagrama espinha de peixe, análise de barreira de controle, gráfico de fator causal e evento, análise de árvore de falha, lista de fatores causais, mapa de causa raiz da *ABS Consulting*.

### **Protocolo de Londres**

De acordo com Taylor-Adams e Vincent, o protocolo de Londres é um processo de investigação e análise de incidentes desenvolvidos em um contexto de pesquisa, adaptado para uso prático de gerentes de risco. O objetivo é garantir uma investigação abrangente e cuidadosa, indo além da identificação mais comum da falha e culpa.

Essa abordagem é com base no modelo de acidentes organizacionais de James Reason. Nesse modelo, defesas e barreiras devem ser projetadas contra os riscos para mitigar as consequências da falha humana. O primeiro passo é identificar as falhas ativas, que são os atos inseguros ou omissões que ocorrem na “ponta” do sistema (por médicos, cirurgiões, enfermeiros), cujas ações podem ter efeito imediato.

O investigador também considera as condições em que os erros ocorrem, em um contexto organizacional mais amplo, que são os fatores contribuintes. Essas condições são a alta carga de trabalho e fadiga, conhecimento inadequado, falta de habilidade ou experiência, supervisão ou instrução inadequada, ambiente de trabalho estressante, falta de comunicação na equipe. Todos esses fatores influenciam no desempenho do pessoal e podem precipitar erros e afetar resultados do paciente.

Tomado conhecimento da falha ativa, o investigador considera as condições nas quais os erros ocorrem e o contexto organizacional mais amplo, que são os fatores contribuintes. Estes são os fatores que influenciam no desempenho do pessoal e podem precipitar erros e afetar resultados do paciente

#### **2.2.1.2 Ferramentas para atuação proativa**

Quando o evento não ocorreu e se torna importante antecipar incidentes indesejáveis, criar defesas, barreiras e planos de controle e prevenção, está

ocorrendo a avaliação de riscos proativa (DILLARD, 2004). Entre as ferramentas de atuação proativa, destacam-se:

### ***Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)***

O *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) é um método comumente usado na engenharia para análise dos processos, promovendo a identificação de vulnerabilidades antes que as falhas possam ocorrer. Este método começou a ser utilizado na área da saúde para investigação de EA que ainda não resultaram em dano ao paciente, ou seja, uma análise preventiva. Nesse contexto, foi recomendada a utilização dessa ferramenta pelas instituições de saúde, devido a sua finalidade de antecipar problemas e criar possíveis soluções (JOIN COMISSION INTERNATIONAL, 2010).

Posteriormente, foi desenvolvido o *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* (HFMEA), uma nova ferramenta que adaptou os conceitos da FMEA especificamente para a área da saúde (DEROSIER *et al.*, 2002).

O HFMEA possui cinco etapas, a identificação do tópico, área do risco ou vulnerabilidade; definição do time multifuncional, relacionado ao tópico, área de risco ou vulnerabilidade; descrição do processo; condução de análise dos riscos, classificando os modos de falhas com severidade e probabilidade; definição e condução de ações para redução dos modos de falhas responsáveis e resultados esperados (DEROSIER *et al.*, 2002).

### **SWOT**

A análise de SWOT é uma ferramenta muito utilizada por administradores, planejadores e gestores, já que fornece subsídios para planejamento de metas e programação, com a finalidade de alcançar resultados esperados. Por meio dessa metodologia é possível identificar pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças existentes dentro de uma organização. O gestor pode identificar os principais pontos de vulnerabilidade, mensurar riscos, e a partir disso traçar planos de ação e estratégias de melhoria para eliminar os riscos (SERRA; TORRES; TORRES, 2004).

**Figura 3 – Análise de SWOT**



Fonte: Kotler (2006)

### **PDSA**

Os ciclos PDSA (*plan, do, study, act*, ou “planejar, fazer, estudar, agir”) servem como uma estrutura para realizar mudanças, cujo objetivo é melhorar a qualidade dos sistemas. A ferramenta é bastante aceita na melhoria do cuidado de saúde. Na fase “*plan*”, identifica-se uma mudança que visa melhoria, a fase “*do*” vê essa mudança testada, a fase “*study*” examina o sucesso da mudança e a fase “*act*” identifica adaptações e os próximos passos para começar um novo ciclo (TAYLOR, 2014).

Em comparação com as metodologias tradicionais de pesquisa em saúde, o ciclo PDSA apresenta uma ferramenta científica pragmática para testar mudanças em sistemas complexos. As quatro etapas espelham o método experimental científico de formular hipótese, coletar dados para testar hipótese, analisar e interpretar os resultados e fazer inferências sobre a hipótese (TAYLOR, 2014).

A partir de testes, usuários desse método podem agir e aprender, minimizar riscos para os pacientes, para a organização e ter a oportunidade de construir evidências para mudanças significativas e engajar partes interessadas a medida que a confiança na intervenção aumenta (TAYLOR, 2014).

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

#### 3.1 Tipo de Estudo

Estudo com abordagem qualitativa, baseado no referencial metodológico da pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). A pesquisa qualitativa estuda os fenômenos em seu cenário natural, tentando interpretá-los nos termos das significações que as pessoas dão para estes. A investigação de grupos é pertinente nesse tipo de abordagem, que também se volta para as histórias sociais e relações, pretendendo fazer uma análise de assuntos expostos e documentos (MINAYO, 2011). No cenário da saúde, especificamente, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para entender mais profundamente os comportamentos da equipe profissional de saúde (DENZIN; LINCOLN, 2011).

A PCA se caracteriza pela associação do processo de pesquisa e a prática assistencial em saúde, tem como característica manter durante seu processo essa estreita relação, com a finalidade de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças, introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação (TRENTINI; PAIM, 2004). A PCA é uma ferramenta que se configura na imersão do pesquisador na prática assistencial. Quando implementada por estudos em pessoas com necessidade de saúde ou educação dá visibilidade a resultados que influenciam o estilo de vida e provocam mudanças evolutivas nas realidades dos cenários (PAIM *et al.*, 2008).

Segundo os autores Trentini e Paim (2004), a principal característica da PCA é a articulação intencional da teoria com a prática assistencial. Existem alguns pressupostos que a sustentam: o ambiente da prática hospitalar desperta inovação, alternativas de soluções para minimizar ou eliminar problemas cotidianos em saúde; o contexto da prática assistencial é um campo rico de questões abertas e estudos de pesquisas; as relações entre pesquisa e assistência vitalizam o trabalho no campo da prática e da investigação científica; a PCA implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo da investigação; o profissional é um pesquisador das questões com que lida cotidianamente, possibilitando uma atitude crítica no trabalho que realiza.

A PCA é caracterizada pela realização de melhoramentos com a introdução de inovações no contexto da prática assistencial. Essa mudança inovadora, o produto

que oferece é específico desse tipo de metodologia, lhe conferindo identidade. A convergência entre as ações da prática e da pesquisa ocorrem simultaneamente, essa convergência proporciona a descoberta de novas possibilidades e a leitura de novos fenômenos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

Destacam-se como características fundamentais desta metodologia: a imersibilidade, representando o “mergulho” do pesquisador nas ações de pesquisa e nas ações de prática assistencial no mesmo espaço físico e de tempo; a simultaneidade, que determina o movimento em recíproca convergência das ações de pesquisa e de prática durante o processo de PCA; a expansibilidade, que é o poder de ampliar o objetivo inicial do pesquisador para além de reconstruir o contexto da prática, mas também descobrir novos conhecimentos que possibilitem construção de novas teorias; e a dialogicidade, tornando possível a unidualidade (assistência e pesquisa), ou seja, as relações das duas esferas em torno de um fenômeno, sem descaracterizar cada uma delas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Esse diálogo entre assistência e pesquisa, traz o benefício da construção de produtos que vão ser agregados nas realidades, a novas teorizações, com tecnologias que transformam, ou inovações, ou até mesmo atualizações nos modos de cuidado, renovando a vida das práticas assistenciais e do exercício profissional do cuidado em saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

### **3.2 Fases da Pesquisa Convergente-Assistencial**

De acordo com Trentini, Paim (2004), a investigação convergente-assistencial segue cinco fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Todas as fases são apresentadas, conforme ocorreram no desenvolvimento da pesquisa, a seguir:

#### **3.2.1 Fase de concepção**

A fase de concepção é composta pela a introdução e justificativa do tema, a questão de pesquisa, o objetivo e o referencial teórico, ou seja, a fase inicial da pesquisa. É importante destacar que nesta fase inicial de escolha do tema, o problema de pesquisa deve ser observado pela maioria das pessoas atuantes na situação, pois as mudanças no contexto da prática só ocorrerão, se houver a participação na

pesquisa da equipe envolvida no processo. Dessa forma, a PCA alcançará o propósito de solucionar problemas e realizar mudanças de impacto na prática. O referencial teórico também é decisivo, já que, tratando-se de uma PCA, a assistência deve estar ancorada em uma sistematização teórica (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste estudo, a fase de concepção está descrita nos capítulos 1 e 2.

### **3.2.2 Fase de instrumentação e perscrutação**

A Instrumentação é definida pelas decisões metodológicas do estudo, como escolha do cenário, dos participantes e dos métodos e técnicas para obtenção e análise dos dados. Tratando-se de uma PCA, devido a sua característica de associação entre teoria e prática, e os movimentos que sofre de aproximação, distanciamento e convergência entre esses dois aspectos, o desenho da pesquisa não se compatibiliza com todos os utilizados por pesquisas tradicionais. A metodologia deve contemplar o modo de vida do grupo social envolvido no estudo, por conseguinte, deverá abranger múltiplas modalidades (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na fase de perscrutação são apresentadas as estratégias ou instrumentos para a obtenção dos dados, explicando sua realização e especificidades. A dinâmica do processo obedece a criatividade do pesquisador e são compatíveis com os recursos e métodos disponíveis. Na prática, os métodos de entrevistas e observação participante são privilegiados (TRENTINI; PAIM, 2004).

#### **3.2.2.1 Cenário**

O local do estudo foram os postos de internação de um hospital acreditado, que é referência nacional em saúde, nos serviços de alta complexidade, notadamente na oncologia, ensino e pesquisa, localizado na cidade de Teresina-Piauí.

O referido hospital é um centro de referência em diagnóstico e tratamento em variadas especialidades, como alergia e imunologia, anestesiologia, angiologia, cancerologia, cardiologia, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia cardiovascular, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, citopatologia, clínica médica, coloproctologia, destística, dermatologia, endocrinologia, endodontia, endoscopia, estomatologia, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, genética

médica, geriatria, ginecologia, hematologia e hemoterapia, hemodinâmica e cardiologia intervencionista, homeopatia, implantodontia, infectologia, laserterapia, mastologia, medicina de urgência, medicina do trabalho, medicina física e reabilitação, medicina intensiva, medicina nuclear, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, nutrição, nutrologia, odontopediatria, oftalmologia, ortodontia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, patologia, patologia clínica/ medicina laboratorial, pediatria, periodontia, pneumologia, prótese/ dentística, psicologia, psiquiatria, radiologia e diagnóstico por imagem, radioterapia, reumatologia, urologia.

Conta com equipamentos modernos e uma estrutura pensada para atender seus pacientes cuidando de uma questão que é essencial: qualidade e segurança para o paciente. Possui como missão oferecer serviços de excelência em alta complexidade na assistência à saúde, ensino e pesquisa, com ênfase na oncologia. E como visão, ser referência nacional como hospital de elevada resolubilidade em alta complexidade na assistência à saúde com foco em qualidade.

### **3.2.2.2 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo foram os Enfermeiros que trabalham nos postos de internação do referido hospital, durante o período de coleta de dados. Esses profissionais aceitaram participar da pesquisa e obedeceram os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro e fazer parte da equipe por no mínimo seis meses, pois acreditou-se terem maior capacidade de contribuir no estudo, e não estarem em afastamento por licença.

A instituição possui um total de 102 enfermeiros, dos quais 40 atuam nos postos de internação e os demais nos outros setores do hospital. Participaram do estudo um total de 30 profissionais, os oito primeiros foram descartados da amostra, pois foram utilizados para ambientação da pesquisa e reestruturação do instrumento. As recusas em participar foram devido a relatos de indisponibilidade ou falta de tempo. Dessa forma, a amostra, selecionada por conveniência, foi constituída por 22 enfermeiros. O fechamento da amostra foi realizado quando informações novas não estavam mais sendo obtidas e os objetivos foram atingidos. Nessa técnica, o número de participantes é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo

persistir na coleta de dados (FALQUETO; FARIAS, 2016).

Os participantes da segunda fase do estudo, que fizeram parte do grupo focal, foram convidados no primeiro momento das entrevistas, obedecendo os mesmos critérios de inclusão e exclusão. Foram realizados dois grupos, dos quais participaram um total de 13 enfermeiros, oito no primeiro e cinco no segundo.

### **3.2.2.3 Procedimentos de produção de dados**

A PCA permite a utilização de vários métodos, estratégias e técnicas destinadas a obter informações para a pesquisa. Para a produção de dados optou-se pela aplicação de um formulário de caracterização dos participantes (APÊNDICE A) e entrevista com roteiro de perguntas abertas (APÊNDICE B) e posteriormente realização de grupo focal (GF).

A primeira etapa da coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2018 por meio de 22 entrevistas individuais. A entrevista tem o objetivo não só de obter informações por meio do diálogo, mas também contribui para a interação humana propiciando um ambiente oportuno para que essa informação seja de fato fidedigna (TRENTINI; PAIM, 2004).

Nesta primeira etapa, as entrevistas foram realizadas utilizando um roteiro com as seguintes perguntas: Qual sua idade? Tempo de atuação na enfermagem? Tempo de atuação na instituição? Realizou algum treinamento na área de segurança do paciente? Em seguida foi questionado: Fale sobre seu entendimento a respeito de gerenciamento de riscos? Fale sobre seu entendimento a respeito de segurança do paciente? Você conhece algum protocolo a respeito desses temas? Fale sobre esses. Quais os riscos para segurança do paciente identificados na sua prática profissional? Como você procede diante dos riscos relacionados à segurança do paciente? Como você procede quando ocorre algum erro relacionado à segurança do paciente?

Os profissionais presentes no local do estudo durante o período de coleta de dados foram convidados, fez-se uma breve explicação sobre a pesquisa e questões éticas, ocorrendo em seguida a entrevista ou agendamento para realização posterior. Os locais escolhidos foram os próprios postos de internação, em horário em que o profissional estivesse com maior disponibilidade para responder as perguntas.

Vale ressaltar que foi realizado uma ambientação com as primeiras entrevistas, a partir das quais foram realizadas algumas modificações no roteiro de perguntas, a

fim de que os objetivos esperados pudessem ser alcançados. Destaca-se que as entrevistas utilizadas para este fim foram excluídas da amostra final para análise.

Após a entrevista, os pesquisadores agradeciam a participação e contribuição no estudo, além de reforçar o convite para participar da segunda etapa, o GF.

Todas as entrevistas foram gravadas com uma média de duração de 12 minutos. Posteriormente foram transcritas e digitadas no programa *Word for Windows*. As gravações permanecerão em posse do pesquisador por um período de cinco anos, após esse prazo serão destruídas. Os participantes não tiveram acesso às transcrições, no entanto, participaram da socialização das respostas das entrevistas na segunda fase da coleta. Ao encerrar a primeira fase, foi dado um tempo necessário para análise e planejamento da segunda.

O GF foi a segunda técnica para coleta de dados utilizada, caracterizado como um método de produção de dados qualitativos, no qual o pesquisador observa e procura estimular as interações e discussões entre o grupo. Ocorre também a conversa entre os participantes, em vez de somente interagir com o pesquisador ou com o moderador (BARBOUR, 2009).

A pesquisadora, que conduziu as entrevistas e GF, além de possuir a mesma formação que os participantes do estudo, possui experiência com a temática da segurança do paciente, já que pesquisa a respeito do tema desde a graduação, em diferentes contextos e perspectivas, integrante de um grupo de pesquisas sobre a sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. O relacionamento com os participantes estabeleceu-se a partir do início da pesquisa, quando houve a apresentação da pesquisadora e dos seus objetivos em realizar o estudo. A mediadora do GF também é enfermeira, faz parte do grupo de pesquisas e é envolvida com a temática.

Esse tipo de técnica de pesquisa tem como objetivo entender, a partir das trocas nas discussões em grupo, conceitos, sentimentos como também atitudes, de um modo específico, que não seria possível captar por meio de outras técnicas como a entrevista. O trabalho com o GF permite a compreensão de contraposições, contradições, diferenças e divergências. A pesquisa com GF permite ainda o alcance de diferentes perspectivas de uma mesma questão, permite também a concepção de processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, assim como a compreensão de práticas cotidianas, atitudes e comportamentos prevaletentes no

trabalho com alguns indivíduos que compartilham traços em comum, relevantes para o estudo e investigação do problema em questão (GATTI, 2005).

A segunda etapa foi realizada no mês de outubro após todas as entrevistas finalizadas, digitadas e organizadas. Elaborou-se um roteiro (APÊNDICE C) para ser utilizado e guiar a construção coletiva da proposta do Plano de Ações. Entrou-se em contato com os participantes novamente para agendar e reuni-los para realização dos grupos. Discutiu-se os dias e horários mais convenientes com os profissionais e então foi elaborado um convite (APÊNDICE D) impresso que foi entregue pessoalmente, além de feita a divulgação via rede social.

Houveram dificuldades para reunir os profissionais em um mesmo horário, no entanto, apesar desta limitação foram realizados dois GF no auditório do referido hospital. O primeiro grupo com oito profissionais e o segundo com cinco. Cada grupo teve média de duração de uma hora, sendo guiado pelo roteiro, cabe informar que todas as discussões em grupo também foram gravadas pelo pesquisador e moderador.

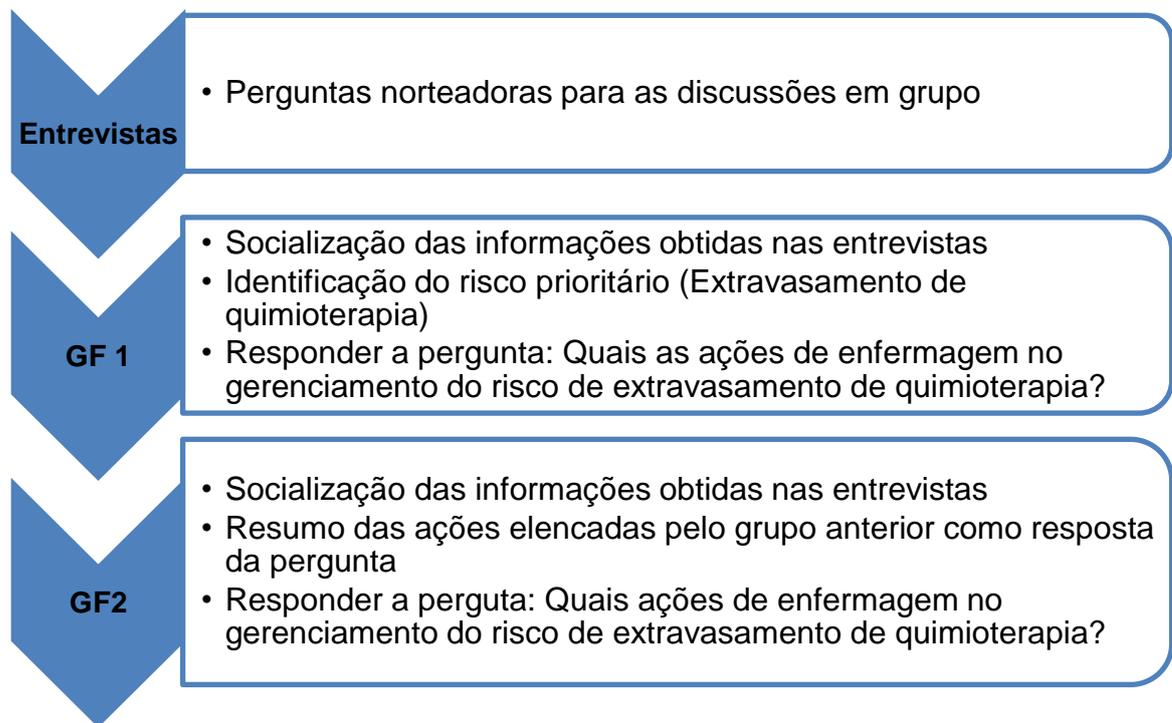
O primeiro encontro ocorreu no turno da manhã. Transcorreu inicialmente com acolhimento dos enfermeiros, uma breve explicação sobre a metodologia que seria utilizada e partiu-se para a socialização das respostas das entrevistas, observou-se a partir da análise e discussões com o primeiro grupo, o predomínio do risco de extravasamento de quimioterapia, então procedeu-se com a pergunta nos dois grupos: quais as ações de enfermagem com foco no gerenciamento do risco de extravasamento de quimioterapia para uma melhoria da segurança do paciente?

Finalizado o primeiro grupo, as informações referentes às ações de enfermagem elencadas pelos profissionais e discutidas coletivamente foram transcritas e digitadas, acrescentando, também, mais conteúdo ao próximo grupo.

O segundo grupo aconteceu no período da tarde, com a presença de outros profissionais da mesma categoria. Foi realizado novamente o acolhimento e a explicação da metodologia a ser utilizada, além de uma explicação introdutória, com as informações preliminares coletadas nas entrevistas e no grupo anterior, para que os novos participantes pudessem complementar.

Visando melhor contextualização de todo o processo de produção de dados para a construção da proposta do Plano de Ações de Enfermagem com foco no gerenciamento do risco de extravasamento de quimioterapia, é apresentado a seguir um fluxograma representativo das atividades desenvolvidas.

**Figura 4- Fluxograma representativo das atividades desenvolvidas na produção dos dados. Teresina, PI. 2019**



Fonte: Próprio autor

Destaca-se que os 13 profissionais que participaram dos GF contribuíram significativamente no processo de construção do Plano de Ações de enfermagem. Sua colaboração a partir da identificação do risco prioritário e da discussão de quais ações da equipe poderiam minimizá-lo, juntamente com o apoio da instituição foram importantes para o alcance dos objetivos do estudo.

Após a finalização de todas as atividades da produção dos dados, com base nas ações elencadas pelos profissionais, a pesquisadora organizou a proposta do Plano de Ações de enfermagem com foco no gerenciamento do risco de extravasamento de quimioterapia. Este produto da pesquisa está presente nos resultados e discussão do estudo. Ressalta-se que o plano será apresentado ao hospital, assim como os demais resultados da pesquisa, após o término.

### **3.2.3 Fase de análise e interpretação**

Na PCA, os processos de coleta e análise dos dados devem ocorrer de forma simultânea, para facilitar a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das

informações, e provocar a reflexão sobre como fazer as interpretações e descobrir as lacunas que poderão ser preenchidas ao longo do processo. Devido a sua natureza versátil, esse tipo de pesquisa permite o uso combinado de métodos na coleta e na análise das informações (TRENTINI; PAIM, 2004).

A análise qualitativa dos dados obtidos por meio das entrevistas foi realizada pelo *software* IRAMUTEQ, programa informático que viabiliza diferentes tipos de processamentos de dados textuais, desde os mais simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Para a análise do texto, definiu-se o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), em que os textos foram classificados em função de seus respectivos vocabulários e o conjunto deles se dividiu pela frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes que cruzaram segmentos de textos e palavras (repetidos testes  $X^2$ , adotado valor de  $p < 0,05$ ), aplicou-se o método de CHD para obter uma classificação estável e definitiva. A análise por essa classificação visou obter classes de segmentos de texto que, além de terem apresentado vocabulário semelhante entre si, tinham vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes (RATINAUD; MARCHAND, 2012).

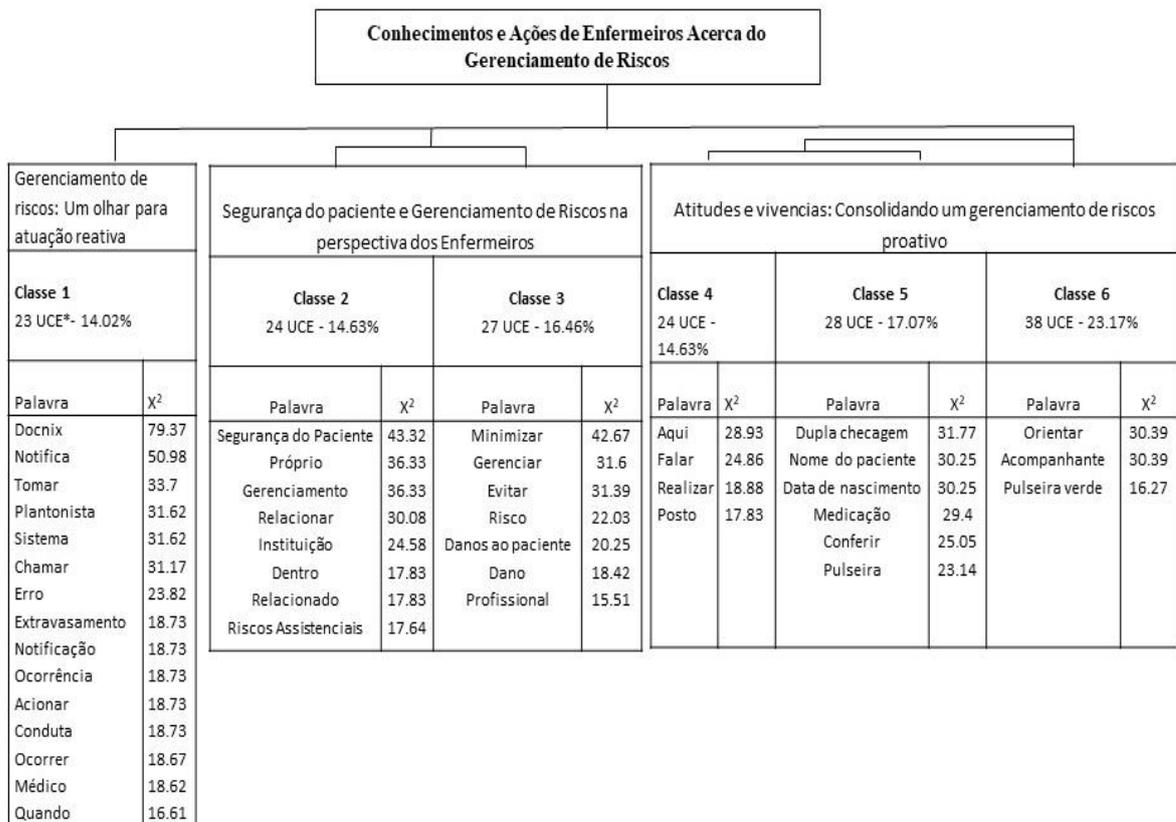
A partir das análises, o software organiza os dados em um dendograma da CHD, ilustrando as relações existentes entre as classes. Essas classes de palavras são compostas por vários segmentos de textos em função de uma classificação segundo a distribuição do vocabulário destes segmentos de texto. Reinert (1990) afirma que a base do funcionamento do programa é a relação entre contexto linguístico e a representação coletiva ou entre unidade de contexto e contexto típico. Ao estudar a literatura, o autor utilizou a noção de “mundo” enquanto um quadro perceptivo-cognitivo com certa estabilidade temporal, relacionado a um ambiente complexo, ou seja, a regularidade de representações entre os indivíduos pode promover a existência de um determinado contexto típico.

As classes são interpretadas como campos lexicais ou contextos semânticos, podem indicar teorias ou conhecimentos do senso comum sobre um dado objeto, os vocabulários devem ser entendidos como algo além dos significados existentes no dicionário, pois se inscrevem na história dos participantes e são utilizados como

atualização do próprio sujeito e seu entendimento sobre os objetos no momento e no contexto das falas. As classes podem ser interpretadas como “conteúdo”, observando as Unidades de Contexto Elementar (UCE) que lhes são específicas; como “funcionamento”, pois por meio de suas oposições revelam um dinamismo no percurso discursivo; como “representação”, pois formam um sistema e refletem a linha de pensamento do autor (REINERT, 1987).

O IRAMUTEQ reconheceu a separação do corpus em 220 segmentos de textos com aproveitamento de 74,55% dele. O corpus originou seis classes lexicais, nomeadas de acordo com a análise dos significados e sentidos das palavras correspondentes e das UCE mais significativas de cada classe, originando três categorias: Segurança do paciente e gerenciamento de riscos na perspectiva dos enfermeiros; Gerenciamento de risco: um olhar para atuação reativa; Atitudes e vivências: consolidando um gerenciamento de riscos proativo. Como é possível observar na figura abaixo:

**Figura 5- Estrutura temática dos Conhecimentos e ações de enfermeiros acerca do gerenciamento de riscos. Teresina, PI. 2019**



Fonte: Próprio autor

\*UCE: Unidades de Contexto Elementar

O roteiro que foi utilizado para guiar a construção do Plano de Ações foi elaborado a partir de unidades de registro das entrevistas. Os GF possibilitaram a discussão e escolha do risco prioritário e ações para sua redução com foco no GR.

Para a análise de conteúdo utilizou-se a técnica de análise temática ou categorial, que consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que formam a comunicação, levando em consideração a sua frequência de aparição. Esse tipo de análise passa por três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (MINAYO, 2000).

A pré-análise é a etapa facilitada pelo uso do software IRAMUTEQ, faz parte dela o contato exaustivo com o material, organização para formação de categorias e formulação de hipóteses, que são imprescindíveis, já que a realidade não é evidente. Nessa fase também se determina a palavra-chave (unidade de registro), os recortes, forma de categorização e o estabelecimento dos conceitos que nortearão a análise (MINAYO, 2000).

A fase de exploração do material visa a transformação dos dados brutos, objetivando chegar no núcleo de compreensão do texto. A última fase é o tratamento dos dados obtidos e interpretação, é nela que o autor faz as inferências e interpretações e coloca em destaque as informações obtidas (MINAYO, 2000).

### **3.3 Aspectos éticos**

O projeto do presente estudo foi encaminhado para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital em estudo para sua apreciação e foi aprovado. Também foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), aprovado com parecer: 2.404.180 e CAAE: 79588917.0.0000.5214 (ANEXO A). Foram obedecidas todas as exigências do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito à execução de pesquisas com seres humanos, resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

O estudo foi realizado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), após haver uma explicação dos objetivos, da metodologia, riscos e benefícios. Foi preenchido em duas vias de igual conteúdo, ficando uma cópia com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa. Ficou também preservado o anonimato, sendo assegurada a desistência destes a qualquer momento da pesquisa.

O TCLE é o documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar (BRASIL, 2012).

A participação nessa pesquisa não representou risco de ordem física, no entanto, é possível que algumas questões do roteiro de entrevista ou a participação no GF pudessem causar desconforto e constrangimento. Para reduzir esse desconforto, os(as) participantes foram sensibilizados anteriormente a entrevista sobre o não julgamento da pesquisadora responsável sobre as respostas e as discussões em grupo. Os(as) participantes foram assegurados de que a utilização dos dados iria ocorrer somente no âmbito da pesquisa.

A participação não trará benefícios diretos aos participantes nesse momento, mas, no futuro, os resultados poderão contribuir para que seja possível entender melhor o seu ambiente de trabalho e para propor ações voltadas a sua segurança e à segurança do paciente. Esta pesquisa ainda trará maior conhecimento sobre o tema abordado, visando obter benefícios futuros aos serviços e profissionais. Almeja-se contribuir com a prática assistencial do serviço de trabalhadores de enfermagem, produzindo um instrumento que auxilie os profissionais em sua conduta frente aos riscos relacionados à segurança do paciente, bem como para o ensino e pesquisa na área estudada, assim como na qualificação desses profissionais.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do perfil sociodemográfico permitiu observar que dos 22 enfermeiros, participantes da pesquisa, 21 eram mulheres, apenas um era do sexo masculino e a média de idade foi de 32 anos. O tempo médio de formação foi sete anos e de atuação na instituição foi de seis anos. Oito dos entrevistados trabalhavam no turno da manhã, sete trabalhavam no turno da tarde e sete no turno da noite. Todos afirmaram já terem realizado algum treinamento na área da segurança do paciente.

Em uma pesquisa realizada por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com representatividade nacional, mostrou que a equipe de enfermagem é responsável por 50% da força de trabalho do setor saúde. Este setor é historicamente e estruturalmente constituído pelo sexo feminino, e a enfermagem, especificamente, por cultura, também é predominantemente feminina, representada por 85,1% de todos os profissionais do estudo (MACHADO *et al.*, 2016a), corroborando, portanto, com os achados nesta pesquisa.

É importante ressaltar que, embora o presente estudo tenha encontrado uma baixa representatividade do sexo masculino dentro da profissão, a presença de homens na enfermagem tem passado por um aumento frequente, firmando uma tendência a masculinização da categoria (MACHADO *et al.*, 2016a).

Com relação a faixa etária, a média de idade observada aponta uma população jovem. A enfermagem é uma profissão que está em processo de rejuvenescimento, 40% do seu contingente tem idade entre 36-50 anos, 38% está entre 26-35 anos e 2% acima de 61 anos. De acordo com o construto da sociologia das profissões, a média de idade dos profissionais deste estudo indica que estão na fase “formação profissional” (26-35 anos de idade), nesta fase a busca por qualificação para os serviços é presente, devido principalmente à perspectiva de inserção no mercado de trabalho em funções de maior complexidade (MACHADO *et al.*, 2016a).

Esta informação pode ser justificativa para o achado que todos os participantes já realizaram algum curso/ treinamento na área da segurança do paciente, já que é uma fase em que o enfermeiro deve procurar por capacitações e qualificação na vida profissional. Machado *et al.* (2016b) encontrou em seu estudo que mais da metade dos profissionais fez curso de complementação da graduação (53,2%), como grande parte (63,7%), se graduou há 10 anos ou menos, assim como revela o presente

estudo, indica que está acontecendo uma renovação e requalificação dessa população que deseja melhores oportunidades de trabalho e crescer na carreira.

O profissional de enfermagem que possui apenas o título “graduação” está mais exposto as dificuldades, uma vez que não possui um aprofundamento técnico-científico dentro de áreas específicas (ARAUJO *et al.*, 2017b). Refletindo sobre esse aspecto, espera-se que com essa qualificação profissional, os enfermeiros, à medida que adquirem mais conhecimento, adotem comportamentos mais seguros, com ênfase na prevenção de EA e minimização dos riscos.

O tempo de atuação na instituição que foi cenário da pesquisa mostra que os profissionais possuem experiência e têm maior maturidade para o trabalho, portanto estão mais propensos a realizar suas atividades com mais facilidade, por terem um conhecimento maior sobre o ambiente em que atuam e os riscos para a segurança do paciente em que estão envolvidos. Por outro lado, essa maturidade profissional pode ser equivocadamente entendida como “proteção” a esses riscos, pelo fato de se sentirem habilitados, seguros e com destreza em suas atividades (SOUSA *et al.*, 2018).

Por meio da análise dos discursos apresentados pelos participantes da pesquisa, durante as entrevistas, processadas no *software* IRAMUTEQ e das discussões em GF sobre temas mais relevantes para o estudo, foi possível chegar aos resultados. Estes são retratados em forma de categorias temáticas: Segurança do paciente e gerenciamento de riscos na perspectiva dos enfermeiros; Gerenciamento de riscos: um olhar para a atuação reativa; Atitudes e vivências: consolidando um gerenciamento de riscos proativo.

#### **4.1 Segurança do paciente e gerenciamento de riscos na perspectiva dos enfermeiros**

Nesta categoria foi identificado o conhecimento dos enfermeiros acerca de segurança do paciente e gerenciamento de riscos.

Segundo a OMS, segurança do paciente é conceituada como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO,2009). As falas seguintes descrevem a segurança do paciente de acordo com o conceito citado.

*Segurança do paciente é a redução ao mínimo possível dos riscos assistenciais que o paciente pode sofrer. (E3)*

*Segurança do paciente visa minimizar a exposição aos riscos, assim a organização mundial da saúde criou 6 metas, essas metas são aplicadas na capacitação dos profissionais nas instituições de saúde, no caso a dupla checagem, a identificação correta do paciente, a comunicação entre os profissionais de saúde, administração correta dos medicamentos que envolve os certos, a cirurgia em local seguro, a higienização das mãos e o risco de queda e lesão por pressão. (E4)*

*Segurança do paciente é inclusive uma das metas da instituição, onde todo paciente tem o direito de ter uma assistência livre de danos, de riscos na sua saúde, então segurança do paciente é ele ter direito a essa assistência e sair isento, livre de danos, de erros, que possam ocorrer. (E8)*

*São medidas que visam prevenir um provável dano ao paciente, um risco ou um dano. (E13)*

*A segurança do paciente a gente trabalha com o intuito de evitar danos, danos permanentes ou danos provisórios que possam vir a acontecer com o doente internado. (E17)*

*Promover ações pra que minimize os riscos com o paciente. (E22)*

Dessa forma, os enfermeiros participantes demonstraram ter conhecimento sobre a essência do significado e da aplicabilidade do tema. Percebe-se que eles reconhecem a importância da segurança do paciente e compreendem que as rotinas de trabalho podem expor os pacientes às situações de risco. Entendem que os riscos são inerentes aos serviços e que a oferta de um cuidado seguro deve ser prioridade.

A preocupação com a segurança do paciente, importante dimensão da qualidade do cuidado de saúde, é atualmente um dos temas de relevância crescente entre pesquisadores. Dados obtidos de uma revisão integrativa da literatura do ano de 2009 a 2015 sobre as práticas utilizadas para a segurança do paciente, mostraram que, no período, houve um aumento significativo da produção científica sobre o tema, o que está intimamente relacionado com o destaque dado pelos órgãos nacionais e internacionais às políticas de qualidade do cuidado prestado ao paciente na última década (SILVA *et al.*, 2016b).

Esses resultados podem ser associados aos achados em outra revisão sistemática da literatura, que analisou o conhecimento, atitudes e habilidades

relacionados a segurança do paciente de profissionais da saúde no período de 2000 a 2012, nas bases de dados eletrônicas MEDLINE e CINAHL. Os resultados apontaram que melhorias no conhecimento foram encontradas nos contextos de prevenção específica e na melhoria geral da segurança do paciente (BRASAITE; KAUNONEN; SUOMINEN, 2015).

Os discursos dos participantes também revelaram certo entendimento sobre o conceito, tendo em vista que esse não é um assunto novo e tem sido tratado com mais frequência e como prioridade nas instituições de saúde. Com o intuito de fortalecer ainda mais a integralidade na assistência e a consistência desse saber, medidas como o investimento institucional direcionados para a promoção das questões relacionadas a segurança do paciente são necessárias. O desenvolvimento de sistemas de saúde mais seguros precisam incluir profissionais assistenciais e gerentes, já que todos possuem responsabilidade na segurança do paciente (TOMAZONI *et al.*, 2017).

Na área da saúde, há interesse crescente pela qualidade em todos os setores, a enfermagem destaca-se como uma profissão cujo objetivo principal é cuidar da saúde e bem-estar do indivíduo, família e comunidade, agindo na prevenção e promoção da saúde. Os profissionais preocupam-se com a segurança e qualidade do trabalho, além de querer sobreviver profissionalmente no mercado (ARAÚJO *et al.*, 2017a).

Estes fatos justificam a busca cada vez maior por conhecimento e qualificação, portanto, a adoção de estratégias de educação permanente por parte dos hospitais, incluindo a formação do pessoal com base na segurança do paciente, treinamentos para identificar riscos e analisar EA, adoção de indicadores e lideranças de enfermagem. Além disso, intervenções educativas contínuas, centradas nos protocolos e com práticas baseadas em evidências, contribuem com a mudança de cenário que já vem ocorrendo, tornando os profissionais mais conscientes da importância de trabalhar com segurança (SIMAN; BRITO, 2016; CHO; CHOI, 2018).

A procura contínua por novos conhecimentos é uma condição para a inserção e manutenção dos profissionais no mercado de trabalho. A educação continuada e a educação permanente em saúde possuem a mesma direcionalidade, em efetuar a educação no serviço para que seja uma ferramenta transformadora das ações de saúde. Devem ser pautadas na troca de conhecimentos e atualizações a partir de

cada realidade, usando da problematização para efetivar o processo de aprendizagem no trabalho (BARTH *et al.* 2014).

Estudo realizado em um hospital universitário na Coreia do Sul, que analisou a competência em segurança do paciente ao examinar os três domínios (conhecimentos, habilidades e atitudes), mostrou que os escores de habilidades e conhecimentos foram menores que atitudes, ou seja, os participantes da pesquisa tinham atitudes positivas, mas com relação a conhecimento foi observado um déficit. Essas descobertas indicam que há espaço para melhorar as habilidades práticas e o conhecimento em segurança nos hospitais, seria útil o desenvolvimento de programas de treinamento e aprendizagem (CHO; CHOI, 2018). Refletindo sobre esses resultados, é possível afirmar que os profissionais possuem a noção do que devem fazer em sua prática e da importância da segurança do paciente para alcançar a melhoria da qualidade do cuidado, no entanto necessitam de aprofundamento teórico-científico.

Os profissionais possuem o conhecimento tácito relacionado a esse assunto, ou seja, aquele que existe no subconsciente por natureza, sendo observado por meio das ações e práticas, adquirido ao longo das experiências. No entanto, há a necessidade de ter domínio também sobre o conhecimento explícito, ou seja, o teórico que pode ser aprendido por meio de livros, textos, aulas, manuais. Ambos são complementares, e é preciso uma associação dos dois para garantir que se chegue a excelência. O conhecimento explícito deve ser desenvolvido para aumentar o potencial de aprendizado por meio da estruturação de práticas de conhecimento tácito (TURNER *et al.*, 2014).

Enfermeiros adequadamente preparados, com competência no assunto, compreendem os princípios básicos de segurança, o desenvolvimento do sistema, otimizam fatores humanos e ambientais, demonstram habilidades em utilizar estratégias apropriadas, recursos de segurança e sistemas de relatórios de erros para alcançar os objetivos almejados (CHO; CHOI, 2018). O preparo desses profissionais no âmbito de seus conhecimentos, habilidades e atitudes são necessários para garantir a qualidade do cuidado e diminuir as taxas de morbidade e mortalidade, melhorando assim a segurança do paciente, por isso algumas escolas de enfermagem iniciaram um conjunto de inovações curriculares, com inclusão de módulos tratando do assunto (BRASAITTE; KAUNONEN; SUOMINEN, 2015).

Ainda com essas iniciativas, o processo de formação, abordando o contexto nacional, é voltado para as competências restritas às suas disciplinas, e sem formação multiprofissional e transdisciplinar, assim cada profissão aborda essa temática dentro do seu campo de atuação e restrito as suas próprias atividades, quando na verdade ela vai além desses aspectos. Para construir uma cultura de segurança positiva é imprescindível o trabalho em equipe, ressaltando a necessidade de formação para tal, com currículos multidisciplinares que favoreçam o pensar junto com estratégias e soluções voltadas à segurança (ILHA *et al.*, 2016).

Pesquisa realizada na Alemanha apontou a necessidade de capacitar esses profissionais o mais cedo possível, para lidar adequadamente com riscos e erros e garantir uma assistência segura. A educação e formação das profissões em saúde deve incluir os tópicos “segurança do paciente” e “gestão de riscos” e adotar como parte integrante do seu treinamento (HOFFMANN; SIEBERT; EUTENEIER, 2015).

Quanto a gestão de riscos, entendida como aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e EA que afetam a segurança (BRASIL, 2013b), os enfermeiros também demonstraram ter conhecimento, em suas falas foi possível observar relação com o conceito mencionado anteriormente, o que pode ser visualizado a seguir:

*O gerenciamento de riscos é pra planejar, fazer as ações pra quando a gente for receber o paciente. Tanto o gerenciamento de riscos pro paciente, como também a segurança pra gente profissional. (E6)*

*Eu acho que gerenciamento de riscos é saber identificar os principais problemas que o paciente está sujeito dentro de um hospital e conseguir prevenir cada um deles. (E14)*

*O gerenciamento de riscos pra mim são todas as táticas, todas as formas pra poder organizar um fluxo no hospital que direcione o que cada instrumento, o que cada ação nossa representa diante do paciente, o que aquilo vai trazer de risco pro paciente, e de acordo com o risco que aquilo apresenta pro paciente que a gente vai criar táticas pra poder enfrentar aquela situação. (E15)*

*O que eu entendo de gerenciamento de riscos é que é um processo em que se planeja, se dirige e se controla os recursos humanos e materiais de uma instituição visando minimizar os riscos preexistentes. (E4)*

*Pra mim gerenciamento de riscos é você ter uma visão geral do processo de trabalho, tanto do foco do paciente, quanto estrutura, quanto materiais pra assistência. Gerenciar significa organizar o trabalho de uma forma que evite o mínimo de danos possíveis ao paciente. (E19)*

Percebe-se por meio dos relatos que os enfermeiros conceituaram frequentemente o GR como a adoção de medidas de segurança com base nos riscos que o paciente está sujeito. Esses relatos, ainda que não abordem o GR em seu significado mais amplo, demonstram que o profissional tem na sua bagagem de formação esses conteúdos que valorizam a assistência de enfermagem segura.

O conhecimento tem papel fundamental na assistência de enfermagem, pois ainda que o enfermeiro não tenha clareza no conceito, ele entende que gerenciar riscos sempre vai estar associado a uma assistência isenta de danos, a qual norteia seu o processo de trabalho (SIMAN; BRITO, 2016). Assim, volta-se para a necessidade da busca contínua do aprendizado e adotar atitudes preventivas junto com a equipe, para a identificação de fatores potenciais de risco e fragilidades nos processos que contribuem para a ocorrência de incidentes.

O enfermeiro por ser o líder de sua equipe assume o protagonismo das ações de gerenciamento e coordenação de todas as etapas do cuidado, assim como a gestão organizacional, somando bons resultados aos programas de qualidade e GR; sendo que o programa de segurança é focado na prevenção de riscos e minimização de danos e o programa de qualidade é direcionado para a resolução das não conformidades e busca da excelência (SANHUDO; MOREIRA, 2016).

A gestão do risco é a base para a prevenção e redução dos danos associados aos cuidados de saúde. É um processo que tem como finalidade a identificação das fontes potenciais ou reais, causadoras de perdas ou danos e a sua valorização na perspectiva de eliminar ou reduzir. Os estabelecimentos de saúde envolvem uma diversidade de riscos, portanto devem se organizar no desenvolvimento de atividades para minimizar ou evitar a ocorrência desses riscos, clínicos ou não clínicos, já que podem ter, como consequência, danos para a saúde das pessoas envolvidas e também aumento dos custos (TAVARES *et al.*, 2014)

O risco clínico é aquele que está associado à ação direta ou indireta do profissional da saúde, resultante da deficiência de políticas e ações organizadas na prestação dos cuidados em saúde, por exemplo, cirurgia não segura, identificação

incorreta do paciente, risco de queda, risco de infecção, entre outros. O risco não clínico é o que tem relação com a segurança das instalações, além daqueles gerados da quebra nas condições de trabalho, por exemplo, falta de manutenção preventiva de equipamentos, proteção radiológica, acidentes ocupacionais, entre outros (BARCELLOS, *et al.*, 2016; TAVARES *et al.*, 2014).

O risco da ocorrência de EA é clínico, está ligado a situações de vida ou morte, em que decisões devem ser tomadas de forma rápida, portanto exige profissionais capacitados e com aperfeiçoamento, cabendo a enfermagem a função de reconhecer, gerenciar e prevenir os riscos (BARCELLOS, *et al.*, 2016).

Ainda que não tenham associação direta com as ações dos profissionais, os riscos não clínicos também são relevantes, pois uma falha na infraestrutura, por exemplo, pode influenciar diretamente o cuidado do paciente, pois interfere na continuidade da assistência. No Brasil, os hospitais devem seguir a RDC 2/2010 da ANVISA, que define que todos os estabelecimentos de saúde devem fazer o gerenciamento das tecnologias em saúde, incluindo o planejamento dos recursos físicos, materiais e humanos; RDC 36/2011 da ANVISA, que aborda os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde e a NBR/15943 da ABNT, que traz as diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde (BREVES, 2015).

Os riscos identificados provocam inquietude nos profissionais, pois evidenciam a qualidade da assistência. No entanto, não basta realizar somente o seu levantamento, é preciso analisar, para encontrar possíveis causas, e assim direcionar reflexões e propostas de solução e evitabilidade (ARAÚJO *et al.*, 2017a).

Na prática cotidiana é possível reconhecer as circunstâncias que culminam em erros na atenção em saúde. Os riscos devem ser analisados para identificar problemas estruturais, recursos humanos, materiais e processo de trabalho para embasar a criação de medidas preventivas de falhas no ambiente hospitalar. A ocorrência dos erros está associada ao erro humano individual, mas também deve se levar em consideração os seus desencadeadores, as condições de trabalho, os aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas (LIMA *et al.*, 2017).

Os fatores que predisõem ao risco de EA incluem o avanço tecnológico, com falta de aperfeiçoamento dos recursos humanos, desmotivação, falha na utilização da

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), delegação de cuidados sem supervisão e sobrecarga de trabalho (LIMA *et al.*, 2017).

Destaca-se a supervisão em enfermagem, como um elemento essencial para se alcançar qualidade na assistência, por meio dela o profissional tem meios para organizar os processos de assistir, investigar, gerenciar e educar. Possibilita uma visão ampla e gerenciadora do serviço, tem caráter motivador, orientador, auxiliador de recursos humanos, materiais, organizacionais e do processo de trabalho como um todo (CARVALHO; GAMA; SALIMENA, 2017).

Durante as discussões no grupo focal foram citados, pelos enfermeiros, os fatores intervenientes na segurança do paciente, com foco nos recursos humanos, tais como a grande demanda de pacientes, ocasionando uma sobrecarga de trabalho; rotina estressante e a falta de capacitação de alguns profissionais.

Por todas as suas particularidades, a gestão de riscos leva em consideração todos esses fatores, para subsidiar os enfermeiros a priorizar ações e a fazerem escolhas conscientes. É um processo dinâmico e flexível a mudanças, pois ao desenrolar dos eventos, o contexto e as ações esperadas modificam-se. Para tal, o monitoramento e a análise crítica devem ser realizados, alguns riscos podem desaparecer ou modificarem-se enquanto novos surgem. Todavia, a eficácia do GR depende da sua incorporação em todos os processos da organização e não somente no cuidado imediato. Deve ser realizado sistematicamente de forma eficiente, tornando-se inerente aos processos organizacionais, alinhado ao planejamento estratégico-situacional da instituição.

O processo de trabalho no ambiente hospitalar associado aos fatores já citados que interferem na segurança do paciente pode ocasionar erros, negligências, falhas e omissões na assistência. Algumas ações simples e efetivas podem subsidiar os serviços de GR para prevenir situações de risco e EA, como a utilização de protocolos específicos.

Evidencia-se, por meio dos depoimentos abaixo que os enfermeiros têm clareza da importância do uso de ferramentas, como os protocolos, para gerenciar os riscos:

*Gerenciar riscos é seguir os protocolos. Tudo que leva a segurança do paciente, que evita danos [...]. (E9)*

*Aqui no hospital nós temos vários protocolos sobre isso. Nós temos o protocolo do risco de queda, nós temos o protocolo dos pacientes alérgicos, que esses protocolos nos direcionam, sinalizam esses pacientes que estão em risco e nos ajudam também a visualizar melhor a condição de cada um dos pacientes [...]. (E15)*

*Aqui a gente procura seguir tudo que fala nos protocolos, nos pops do hospital [...]. (E10)*

*A maioria das instituições hoje já trabalha com esse gerenciamento e essa segurança do paciente, como eu já falei, pra identificação do paciente existe um protocolo, o risco de queda, as cirurgias seguras, extravasamento de quimioterapia. Então tudo isso são protocolos que as instituições já aderiram. (E21)*

A utilização de protocolos é uma medida que pode contribuir para a redução de potenciais riscos e promover a segurança e a qualidade no processo de trabalho em saúde. No entanto, não se restringe a isso, outras ferramentas para identificação de danos potenciais também contribuem para a realização da gestão de riscos e qualidade da assistência dos serviços da rede pública e privada, como a avaliação da estrutura, processo e resultados (PAIXÃO *et al.*, 2018).

No Brasil, as diretrizes para promover a segurança do paciente e evitar a ocorrência de erros e EA estão contidas nos protocolos básicos para a segurança do paciente e são voltadas para a identificação do paciente, higienização das mãos, cirurgia segura, prevenção de lesão por pressão e quedas, segurança na prescrição e uso e administração de medicações (BRASIL, 2013c). Esses documentos são repassados como base para todos os serviços de saúde.

Quando questionados sobre o conhecimento de protocolos a respeito da temática abordada, os participantes elencaram os protocolos existentes na instituição, no entanto, em nenhuma das falas foi possível observar o seu conhecimento sobre os protocolos básicos do Ministério da Saúde.

*Conheço os protocolos daqui da instituição. Nessa instituição a gente trabalha com a questão da segurança do paciente [...]. (E1)*

*Aqui no hospital tem o protocolo do risco de queda, tem o protocolo da identificação, da alergia medicamentosa, tem o*

*protocolo do extravasamento, tem protocolo da cirurgia segura [...]. (E2)*

*Eu me lembro que as meninas sempre davam um treinamento sobre protocolos, relacionada a segurança do paciente, agora o nome exato do protocolo eu não sei se é esse, mas tem do risco de queda, risco de úlcera, dupla checagem, extravasamento de quimioterapia. (E18)*

No GF percebeu-se durante as discussões que o déficit de conhecimento relacionado aos protocolos e à segurança do paciente no geral ocorre principalmente devido a formação dos profissionais, que foi deficiente nesse aspecto. Os enfermeiros relataram que os saberes sobre a temática foram adquiridos após a graduação, com a entrada no mercado de trabalho, a partir de treinamentos e capacitações realizadas no próprio emprego, ou da busca individual de aperfeiçoamento por meio de pós-graduações.

Os profissionais de todas as áreas da saúde, devem ser preparados ainda na graduação para fornecer um cuidado seguro, enquanto futuros líderes e prestadores de cuidado, precisam ser bem informados e desenvolver habilidades na aplicação dos conceitos e princípios relacionados à segurança do paciente. No entanto, ainda é incipiente o ensino nos cursos de graduação da saúde, como demonstrado em um estudo bibliométrico, considerando as publicações de 2010 a 2014, que buscou identificar o enfoque da produção científica relacionada ao ensino do tema na formação dos profissionais (GONÇALVES; SIQUEIRA; CALIRI, 2017).

Na enfermagem, estudo nacional aponta que a distribuição por semestre de disciplinas que tratavam sobre a segurança do paciente esteve presente, na maioria dos cursos, em no mínimo sete semestres, ou seja, em quase todos os semestres. Embora esse assunto estivesse presente em diferentes disciplinas, o ensino manteve-se fragmentado ao longo do curso (MELLEIRO *et al.*, 2017).

Em âmbito internacional, estudo que examinou programas de bacharelado em enfermagem na Coréia do Sul para determinar até que ponto a educação em segurança do paciente foi efetiva, mostrou que a pontuação de atitude dos estudantes foi significativamente maior que habilidade e conhecimento, confirmando a necessidade de revisar os currículos e usar métodos de ensino que ofereçam educação sobre o assunto de forma mais abrangente. Além disso, existe a

necessidade de desenvolver uma abordagem integrada para garantir equilíbrio nas competências (LEE; JANG; PARK, 2016).

Esses resultados corroboram os achados de uma revisão integrativa da literatura, realizada em bases de dados internacionais, do período 2004 a 2014, que objetivou identificar as competências de segurança do paciente e determinar os ambientes de aprendizagem clínica que facilitam o desenvolvimento dessas competências. Esta pesquisa revelou que é desejável uma maior integração entre aprendizagem teórica e clínica, proporcionando uma melhora no aprendizado com os erros, analisando o que aconteceu para obter uma compreensão completa do fenômeno (BIANCHI *et al.*, 2016).

#### **4.2 Gerenciamento de riscos: um olhar para a atuação reativa**

Nesta categoria são apontados aspectos relativos a ação reativa dos enfermeiros diante da ocorrência de um erro e EA no seu setor.

Nos depoimentos a seguir, identifica-se que a notificação do EA por meio do sistema de notificação adotado pelo hospital está presente na prática dos enfermeiros. Eles reconhecem a importância da mitigação dos danos e percebem o incidente como um gatilho para disparar ações de melhoria:

*Quando ocorre algum erro, dependendo do erro, se for a medicação, a gente vai reter essa medicação aqui com a gente, vai chamar o plantonista, se o paciente tiver alguma reação adversa pra ele tomar a conduta, notifico no prontuário, a gente notifica nas fichas da farmácia também e tem o sistema de ocorrências aqui do hospital, que é o docnix, que a gente realiza a ocorrência desse erro, dessa falha que aconteceu, pra direção tomar ciência e o setor de qualidade também e a partir daí elaborar novos protocolos, realizar novos treinamentos com a equipe e também vai pros indicadores de erro do posto. (E2)*

*Um erro, mesmo que tenha sido eu ou tenha sido alguém da minha equipe, eu sempre tento conversar com a equipe e saber porque que aconteceu, e quando necessário, quando é algo realmente muito sério, que coloca em risco o paciente, a gente leva pra coordenação, pra gerencia, pra discutir, pra tentar achar uma solução, até porque depois a gente vai ter que ver porque isso aconteceu, pra que não aconteça mais e se a gente camuflar isso, sempre vai ocorrer, as pessoas vão achar que podem fazer que não acontece nada. (E3)*

*A princípio a gente tem que prestar os primeiros socorros, os primeiros cuidados e neutralizar ou pelo menos minimizar aquela situação, com uma intervenção eficaz e depois a gente tem que notificar e sinalizar a coordenação do hospital e além disso acompanhar, ver se não teve uma piora, um agravamento da condição do paciente. (E20)*

Errar é humano, mas nenhum profissional de saúde tem a intenção de errar (exceto os casos intencionais), por isso é tão importante compreender todos os incidentes com finalidade de reduzir a recorrência, seja por meio de protocolos, educação continuada e mudanças estruturais na instituição. Nesse contexto as notificações são ferramentas indispensáveis para o estabelecimento de uma cultura de segurança, já que tem como principal objetivo minimizar os danos causados e promover aprendizado (FORTE *et al.*, 2017).

A notificação voluntária de EA tornou-se um instrumento mundialmente reconhecido para a melhoria da qualidade do sistema de saúde, que contribui na análise de incidentes, situações de risco e direciona o aprendizado, com o objetivo de melhorar a segurança do paciente. A equipe de enfermagem deve participar efetivamente desse processo de inspeção, identificação e correção de erros e planejamento de estratégias intervencionistas, para o desenvolvimento de ações e contínua avaliação das consequências (ALVES *et al.*, 2018).

Sabe-se que os pacientes podem sofrer EA durante a internação e que isso se deve a múltiplos fatores. Estudo multicêntrico realizado no México mostrou em seus resultados que nenhum dos incidentes ocorreu devido a um fator isolado, em todos eles estavam envolvidos fatores intrínsecos e extrínsecos que resultaram em falhas no processo do cuidado (ZARATE-GRAJALES *et al.*, 2017). A prevenção de EA envolve mudanças culturais, é essencial que a liderança e a gestão apoiem uma cultura não punitiva e reforcem a abordagem sistêmica do ocorrido, fornecendo subsídios ao profissional envolvido para que as falhas não ocorram novamente (FEREZIN *et al.*, 2017).

Nas falas dos participantes E2, E3 e E20 foi possível observar o avanço com relação à cultura punitiva e uma mudança na cultura organizacional da instituição e do momento vivenciado, no qual os profissionais tem maior abertura para relatarem e conversarem sobre os erros sem que haja busca por um culpado, e sim visando

entender melhor a complexidade do processo, abordando sistemicamente para compreender em que nível ocorreu a falha e assim evitar sua reincidência.

Devido as muitas limitações existentes no modelo focado somente na negligência e aspectos legais do cuidado, surge a transição para outro que abre mão da culpa do profissional de saúde (chamado *no-fault model*). Esse modelo surge do reconhecimento do fracasso do modelo tradicional, que procura encontrar um culpado para responsabilizar pelos danos, em seu lugar instaura-se um que entende que a origem da maioria dos danos está no sistema e não no indivíduo. Esta nova visão já é praticada em países como a Nova Zelândia, países nórdicos, alguns estados norte-americanos, na França e na Bélgica (RAPOSO *et al.*, 2016).

Ainda que seja uma perspectiva de nova realidade em que as mudanças já são visíveis, observa-se a visão limitada de alguns profissionais com relação a abordagem sistêmica dos erros, já que a análise de todos os incidentes, sejam eles mais graves ou não, é imprescindível para a determinação dos fatores causais e prevenção. Como nota-se no discurso dos participantes E3, citado anteriormente, e E15:

*Se for um erro pequeno, não sei nem se pode chamar assim, tentar conversar com o paciente e a família, explicar, conversar também com a pessoa que provocou aquele erro, se for um erro mais grave, já tenho que tomar uma medida maior, comunicar pros gestores, fazer notificação, tenho também que ver se aquele risco vai trazer algum dano pra saúde do paciente. Um exemplo, se for um erro de medicação, comunicar imediatamente o médico, para que aquilo não coloque em risco a vida do paciente e acho que só. (E15)*

No estudo foi possível perceber que os enfermeiros conhecem o sistema de notificação e devem ser os principais notificadores. No entanto, nas falas acima fica evidente que a cultura de notificação não está tão bem estabelecida, pois nota-se que os próprios profissionais dimensionam a gravidade dos eventos para decidir se necessitam ou não de notificação, insistindo em uma tentativa “informal” de resolução do problema, com somente uma conversa e sem maiores investigações da dinâmica do processo como um todo.

Os líderes de equipe devem desempenhar melhor o seu papel apoiando, orientando, disseminando e informando sobre a importância da notificação em todos os casos de eventos, sejam mais graves ou não, bem como os resultados das suas análises. Destaca-se que em hospitais acreditados, a segurança do paciente e,

consequentemente, a notificação de EA são alguns dos pilares do sistema de qualidade, portanto é imprescindível que essa visão restritiva de que se deve dar importância apenas a eventos de grande magnitude seja combatida (FERENZI *et al.*, 2017).

É possível notar essa divergência a partir da análise dos relatos nas entrevistas e dos discursos apresentados pelos participantes durante a realização dos GF. Nas discussões em grupo, os enfermeiros deram destaque para a subnotificação, que ainda ocorre mesmo com todo estímulo dado pelo hospital em relatar os eventos. As causas para a não notificação de alguns EA foram o esquecimento em registrar no sistema, devido a falta de tempo e grande demanda de serviço que são encarregados; devido a não resolutividade dos incidentes e ao uso do sistema de notificação como um meio em que os próprios profissionais usam para “denunciar” algum colega da equipe.

Essa ambiguidade permite inferir que mesmo com todas as mudanças ocorridas no ambiente de trabalho para promover uma cultura de segurança positiva no que diz respeito a análise e reflexão sobre os EA, a cultura de culpa ainda está enraizada nesses profissionais, que entendem a importância, mas ainda não conseguiram aderir completamente a essas atitudes de segurança, caracterizando esse momento de transição que está sendo experienciado.

Eliminar a cultura punitiva não é fácil devido a própria resistência individual e grupal dos profissionais. Essa cultura cultiva a desconfiança, o medo e incentiva as pessoas a culparem uns aos outros para evitar serem repreendidos. Em primeiro lugar, para se trocar a cultura punitiva por uma cultura de segurança é necessário identificá-la, o que torna-se uma dificuldade, pois as crenças e os valores são invisíveis e requerem investigação aprofundada para os revelar. Em segundo lugar, a cultura é um constructo complexo bem arraigado nas organizações que é complicado mudar. Em terceiro lugar, a cultura de culpa possui componentes que são incompatíveis com a cultura de segurança, como a cultura justa, cultura de reportar incidentes e cultura de aprendizagem (GUTIÉRREZ UBEDA, 2015).

Essa causalidade multifatorial organizacional e extraorganizacional na origem da cultura punitiva faz com que haja necessidade de múltiplas intervenções para lograr êxito nessa troca, que podem ser complexas para implementar. É sabido que modificar pressupostos básicos culturais não é facilmente conseguido (GUTIÉRREZ UBEDA, 2015).

O depoimento do participante E15 também demonstra a preocupação em conversar com o paciente e a família sobre o incidente ocorrido. Tendo em vista que o usuário tem o direito de receber informações sobre o andamento do seu tratamento, é necessário que haja uma boa comunicação entre a equipe, o paciente e sua rede de apoio, principalmente quando ocorre algum incidente. A falta de informação pode gerar insegurança, além de ser causa de processos judiciais, por isso uma forma de amenizar a situação é o processo de comunicação franca ou *Disclosure*, que é o diálogo aberto e sincero, incluindo desculpas, da ocorrência do EA, por meio não só da comunicação do erro, mas também o apoio que deve ser fornecido ao paciente e família, proporcionando confiança no sistema de saúde (MIRA; LORENZO, 2015).

Muitas instituições adotam o compartilhamento de informações, até pelas obrigações éticas envolvidas, no entanto, a transparência em relação aos erros se mostra muito mais difícil de ser alcançada. Passar da compreensão teórica da importância da divulgação e comunicação para a realização de fato, ainda existem lacunas persistentes. Essa cultura em que os erros são abertamente identificados, analisados e divulgados ao paciente em tempo hábil não foi atingida, pois os profissionais continuam preocupados com o risco financeiro e impacto na reputação, além de que a gestão tem papel fundamental, exercendo o apoio e estímulo para esses profissionais se sentirem encorajados a tomar essa atitude (MOFFAT-BRUCE; FERDINAND; FANN, 2016).

Em estudo realizado na Coreia, as chances de visitar e recomendar um profissional aumentou quando os incidentes de segurança do paciente foram divulgados, além disso, também reduziram as intenções de entrar com uma ação judicial e iniciar um processo criminal quando ocorreram as divulgações. Embora tenham sido identificados efeitos positivos da comunicação dos incidentes relacionados à segurança dos pacientes, uma abordagem mais abrangente se faz necessária para incentivar os profissionais a realizarem essas condutas em contextos de assistência à saúde. O estabelecimento de uma cultura de segurança, educação e treinamento podem facilitar esse processo (OCK *et al.*, 2018).

A participação dos familiares e do próprio paciente no cuidado, juntamente com a equipe de saúde, tem contribuído no processo de segurança do paciente. É imprescindível que os profissionais direcionem a atenção às necessidades da família, ampliando o cuidado de enfermagem para a díade paciente-família, assegurando a sua participação no planejamento e execução das ações (SOUSA *et al.*, 2017).

Estimular a presença e participação dos familiares no cuidado promove educação, responsabilidade e cultura de segurança, além de favorecer uma aproximação com os profissionais de saúde, facilitando a adesão aos tratamentos e processo de enfrentamento da doença (PERES *et al.*, 2018).

### 4.3 Atitudes e vivências: consolidando um gerenciamento de riscos proativo

Nesta categoria foram apontados pelos profissionais os principais riscos identificados no seu ambiente de trabalho. Como verifica-se nos depoimentos a seguir, houve a predominância dos riscos de queda, erro de administração de medicação, lesão por pressão e extravasamento de quimioterapia:

*Risco de queda, risco de administração de medicação errada, risco de lesão por pressão, risco de extravasamento de quimioterapia. (E11)*

*Riscos de extravasamento, risco de queda. Na minha prática profissional como um todo, risco de lesão por pressão, risco de infecção. (E12)*

*São vários, tem o risco de erro de medicação, tem o risco de queda, o risco de lesão por pressão, principalmente o risco de extravasamento de quimioterapia, tem vários riscos de danos mesmo ao paciente. (E16)*

*O risco da queda do paciente idoso quando a gente não segue a risca o que o protocolo preconiza, os cuidados de prevenção do risco de queda. O risco de extravasamento, porque a gente trabalha com quimioterápicos e são drogas vesicantes que causam danos no paciente. (E17)*

As quedas em pacientes hospitalizados representam uma ocorrência da falta de segurança e são responsáveis pelo aumento do número de dias de internação e piora das condições de recuperação dos pacientes (MARINHO *et al.*, 2017). A prevenção das quedas funciona como indicador de resultado e é um dos focos da ANVISA (BRASIL, 2013a).

Os erros de medicação são quaisquer eventos que culminem em uso inadequado de medicamentos, dentre esses erros existem: omissão, erro de dose e horário, erro da técnica ou troca das vias. Estão entre os EA que mais ocorrem em ambiente hospitalar, e, em sua maioria, podem ser evitados em alguma etapa do

processo (prescrição, dispensação, administração). No entanto, sua prevenção só é possível a partir do levantamento dos fatores envolvidos, para criar barreiras e dessa forma diminuir os riscos (FORTE; MACHADO; PIRES, 2016).

A lesão por pressão também traz consequências negativas tanto para os pacientes quanto para os serviços de saúde, é motivo de dor e sofrimento psíquico ao paciente e família, aumenta o risco de infecção, o tempo de internação, a taxa de mortalidade e custos hospitalares. A sua incidência nas instituições mostra-se um problema importante, por isso a sua diminuição faz-se necessária e a maneira mais eficaz de enfrentar esse agravo é a sua prevenção (ZIMMERMANN *et al.*, 2018)

O extravasamento de quimioterápicos se destaca como a complicação aguda mais severa entre os eventos relacionados à administração dos fármacos antineoplásicos por via endovenosa, causa extremo desconforto e sofrimento ao paciente, exige do enfermeiro habilidade para identificá-lo e intervir precocemente, para que sejam adotados protocolos padronizados com objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico (RADAEL *et al.*, 2016)

Durante as discussões em grupo foi dado destaque ao risco de extravasamento de quimioterapia, devido ao hospital em questão ser referência em tratamento oncológico e a falta de um protocolo para prevenção da ocorrência deste evento. Os demais riscos citados possuem protocolos de prevenção, no entanto, o de extravasamento possui somente o protocolo de conduta após a ocorrência do incidente.

É competência do enfermeiro planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as ações de enfermagem em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico. Dessa forma, também cabe ao profissional a responsabilidade pela promoção da segurança e manutenção da qualidade da assistência (SOUZA *et al.*, 2017).

No que diz respeito a prevenção e manuseio do extravasamento, é importante fornecer uma assistência efetiva aos pacientes em que se utiliza a rede venosa periférica, é preciso ter habilidade e conhecimentos específicos para que a detecção precoce de complicações e intervenções seja realizada rapidamente. Para isso os profissionais necessitam ter conhecimento sobre: classificação, toxicidade dermatológica local e mecanismo de ação das drogas, formas de prevenção do extravasamento, sinais e sintomas, manejo e complicações, educação e orientação geral dos pacientes (BRUNO *et al.*, 2014)

Ao ingressar no mercado de trabalho no âmbito do atendimento a pessoas com câncer, o enfermeiro necessita de um aprendizado complementar, especializado, pois de acordo com as diretrizes curriculares nacionais, as instituições superiores formam o profissional generalista, que possui carências nas competências relacionadas ao processo saúde/doença específicos exigidos. Um recurso bastante procurado é a pós-graduação *latu sensu* na área, para suprir as necessidades fundamentais na formação dos que lidam com pacientes que possuem a doença, essa formação fornece a esses profissionais um perfil diferenciado (SOUZA *et al.*, 2017).

É fundamental que a instituição reforce meios que incentivem a realização de supervisão sistemática, capacitações constantes, treinamentos e orientações, sobretudo em relação ao manejo com quimioterápicos. Os enfermeiros do estudo relataram passar por constantes treinamentos na área da segurança do paciente, mas afirmaram durante as discussões no GF que sentem necessidade de uma maior abordagem e capacitação com relação ao uso de quimioterápicos, na maioria das vezes aprendem exercendo a prática no cotidiano.

Além da identificação dos riscos, os enfermeiros relataram todas as condutas tomadas para minimizá-los, suas ações diante da probabilidade da ocorrência de um erro, atitudes e vivências. Como verifica-se nos depoimentos a seguir:

*Sempre ta trabalhando com as equipes a questão de orientação, identificamos o risco na admissão do paciente, a gente sempre ta colocando os protocolos em prática [...]. Sempre a gente tenta identificar na admissão do paciente, afim de nos respaldar pra futuros eventos, a gente ta cumprindo o protocolo e orientando acompanhantes e familiares pra evitar que aconteça, mediante orientações tanto de paciente como de familiares. (E21)*

*A partir do momento que a gente identifica o tipo de risco que o paciente tem, se for risco de queda a gente coloca a pulseira verde nele, entrega um folder para a prevenção do risco de queda, orienta os familiares. Se ele tiver o risco de extravasamento da mesma forma, orienta o familiar, ele assina um termo de risco assistencial, se for queda ou extravasamento. Com relação a risco de lesão por pressão a gente entrega também o folder, orienta sobre a mudança de decúbito, instala o colchão de ar. (E14)*

*Vou falar dos três que eu te falei, que é o erro de medicação, o risco de queda e o extravasamento de quimioterapia. Do extravasamento a gente pede pro paciente assinar um termo, por exemplo, se é a primeira vez ele não tem o cateter ainda, ele*

*vai fazer uma quimioterapia que é vesicante em acesso periférico, a gente pede pra ele assinar um termo, a gente acaba fazendo um encaminhamento pra um cirurgião geral pra ele fazer o implante do cateter pra da próxima vez que ele vier já não ter mais esse risco de extravasamento de quimioterapia. A gente pede que ele avise se sentir alguma coisa, algum ardor no local do acesso, se ele sentir que tá aumentando, falar pra gente imediatamente, pra interromper a quimioterapia. O risco de queda a gente pede pra tá sempre com a grade elevada, tem uma pulseira, que a gente bota pra identificar, pra quando a próxima equipe vier saber que esse paciente tem risco de queda e tem risco de alergia, pra já perguntar todas as vezes qual a alergia que ele tem e a queda sempre chamar a gente, sempre pedir pro acompanhante deixar a grade elevada. (E7)*

*Aplicando os protocolos institucionais, a gente sempre faz aperfeiçoamento, educação permanente, pra fazer o levantamento dos riscos e as ações pra prevenir, como por exemplo, no extravasamento de quimioterapia os pacientes são orientados inicialmente, antes de começar o tratamento, a implantar um cateter totalmente implantado, que é pra que eles façam todo o tratamento sem risco de ter danos a pele. Aplicando os protocolos institucionais mesmo. (E8)*

É perceptível na análise dos discursos uma associação com a cultura de segurança, arraigada nas atitudes dos profissionais a prática da avaliação de risco constante para a manutenção da segurança do paciente. Além disso, mencionam sempre em suas falas a utilização dos protocolos institucionais para prevenção dos riscos.

Para se alcançar a qualidade dos serviços em oncologia, faz-se necessário que esses serviços sejam seguros e minimizem os erros, encorajando a equipe a reportar incidentes, riscos e perdas próximas, assim como, basear as práticas sempre em evidências com protocolos institucionais. Outra maneira é incentivar a participação dos pacientes, familiares e cuidadores, sendo que o *feedback* gerado precisa ser gerenciado em tempo hábil (OLIVEIRA, 2017).

É preciso instituir neste cenário uma cultura de segurança a partir de modificações nos processos de trabalho dos profissionais, com planejamento de ações que evitem tais incidentes e assegurem a prestação de um cuidado de qualidade (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2016).

A liderança de enfermagem pode desempenhar papel proativo significativo, tanto no desenvolvimento de contextos favoráveis a práticas profissionais mais

seguras, por meio de mudanças atitudinais que influenciem positivamente na segurança do paciente, e acima de tudo fortalecendo uma cultura de segurança de aprendizagem com os erros (CASTILHO; PARREIRA; MARTINS, 2016).

Ainda que tenha função importante, a enfermagem não caminha sozinha na busca de evitar os riscos para a segurança do paciente. Nas falas dos enfermeiros durante os GF foi possível notar a dificuldade de interação principalmente com a classe médica, que cria barreiras para a adoção de algumas medidas de prevenção, a principal citada foi com relação a utilização do cateter totalmente implantado para realização de quimioterapias. O uso do cateter diminui a probabilidade da ocorrência do extravasamento de quimioterápicos, podendo ser uma ação adotada pela equipe como medida de prevenção, mas que muitas vezes é dificultada pela classe médica, refletindo o resultado de uma formação nos cursos da saúde que não valoriza a interprofissionalidade.

O planejamento das ações deve ocorrer de forma coletiva, com a equipe multiprofissional, já que os EA podem ocorrer com qualquer um e em qualquer contexto, portanto a adoção de medidas para proporcionar qualidade em saúde e segurança deve ser instituída por todos os profissionais, a fim de resultar na redução da possível cadeia de erros. O conhecimento sobre estes eventos também favorece a tomada de decisão e o planejamento de medidas que visem controlar os danos (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2016).

Especificamente em unidades que atendem pacientes oncológicos, a complexidade da clientela atendida exige que saberes sejam construídos e aplicados constantemente, o que leva a necessidade do aprimoramento e aplicação de atividades educativas para promover um cuidado eficiente. As instituições empregadoras têm o papel de identificar as competências que são necessárias aos profissionais e implementar estratégias para desenvolvê-las. Frente a isso, a educação permanente representa uma ferramenta de aprendizagem contínua, a partir do caráter educativo do próprio trabalho, com objetivo de solucionar problemas na oferta dos serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2018).

Além da instrumentalização do saber, é essencial o preparo emocional dos profissionais que vão lidar com esses pacientes, a humanização é um dos aspectos importantes para esse processo de cuidado, a partir da qual deve ser prestada uma assistência de respeito e compreensão, promovendo conforto ao paciente e sua família, além de prezar por sua privacidade. Observada por meio do acolhimento,

diálogo, respeito à autonomia do indivíduo, atentando-se para o uso das tecnologias leves (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2016).

Isso vai além de tentar suprir a carência emocional por qual passam os pacientes. Parte da premissa de que os direitos humanos dos pacientes derivam da dignidade humana inerente a todo ser humano e são previstos em normas jurídicas, tem como princípios o cuidado centrado no paciente, o direito ao respeito pela vida e direito à informação; a dignidade humana, papel fundamental para sua materialização na esfera dos cuidados; autonomia relacional, interdependência do paciente com o meio que está ao seu redor; e o princípio da responsabilidade dos pacientes, contribuir para a construção do seu plano terapêutico (MALUF, 2018).

Na perspectiva da segurança do paciente, a medida em que se advoga o dever dos estados de prevenir a ocorrência de EA, impedindo que um dano evitável aconteça com o paciente, isso lhe confere o peso dos direitos humanos, enquanto linguagem internacionalmente compartilhada em prol da defesa dos pacientes. O direito do paciente de não ter sua vida retirada ou de sofrer danos resultantes do cuidado de saúde, os quais deveriam existir para curá-lo, é derivado do direito à vida e o direito à saúde. Por isso, é de extrema importância que os estados dediquem recursos financeiros e humanos com foco em garantir políticas públicas eficazes de segurança do paciente (ALBUQUERQUE, 2016).

Em algumas falas, como nas apresentadas acima (E21, E14, E7), verifica-se a preocupação dos profissionais em orientar o paciente e a família quanto aos cuidados a serem realizados. Fato confirmado durante as discussões em grupo.

O envolvimento do paciente no seu processo de cuidado é considerado como a última barreira para prevenir a ocorrência de eventos, embora seja uma ferramenta importante, ainda deve-se avançar muito nas ações que envolvem o paciente como eixo central do cuidado (SILVA *et al.*, 2016c). Nesse sentido, a OMS criou o Programa Pacientes para a Segurança do Paciente, que reúne profissionais, pacientes e vítimas de EA que incentivam os pacientes estarem comprometidos com o seu cuidado e assim melhorar a segurança (WHO, 2004).

Entre as estratégias que podem ser utilizadas destacam-se a orientação de pacientes/familiares sobre os planos de cuidado, adoção de comunicação aberta e efetiva, o oferecimento de informações sobre como podem ajudar na redução dos erros, participação na vigilância do cuidado, informar pacientes e familiares sobre a

ocorrência de EA e ainda promover o compromisso do paciente com o autocuidado (SILVA *et al.*, 2016c).

Após a identificação pelos profissionais do risco de extravasamento de quimioterápicos como o prioritário, as discussões do GF foram direcionadas para elencar ações de enfermagem com objetivo de prevenir e evitar o risco e assim prosseguir com a construção da proposta do Plano de Ações.

#### **4.4 Proposta do Plano de Ações de enfermagem com foco no gerenciamento do risco de extravasamento de quimioterapia**

O propósito do Plano de Ações foi evidenciar quais ações prioritárias poderão ser incentivadas em prol da qualidade do cuidado e, conseqüentemente, da segurança do paciente. Foi construído juntamente com os enfermeiros que participaram dos GF, que contribuíram por meio da identificação do risco prioritário e elencaram as ações para sua prevenção, associado a isso, foram realizadas buscas por evidências na literatura. Por fim, foi consolidado e apresenta-se a seguir, construído de ações de gerenciamento do risco de extravasamento de quimioterapia.

#### **Quadro 01- Proposta de Plano de Ações de enfermagem com foco no gerenciamento do risco de extravasamento de quimioterapia**

<b>PLANO DE AÇÕES DE ENFERMAGEM COM FOCO NO GERENCIAMENTO DO RISCO DE EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERAPIA</b>	
<b>Resultados esperados: Propor ações de enfermagem para prevenir a ocorrência do extravasamento de quimioterapia</b>	
<b>Executante: Enfermeiros assistenciais</b>	
<b>Ações:</b>	<b>Justificativa:</b>
Identificar os fatores de riscos relacionados ao paciente que aumentam a probabilidade da ocorrência do incidente e registrar no histórico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Alterações nutricionais</li> </ul>	Reduzir as conseqüências do extravasamento requer a identificação dos pacientes com maior risco. Pacientes com alterações nutricionais, muito jovens ou muito idosos tendem a

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento de câncer anterior</li> <li>• Doenças vasculares preexistente</li> <li>• Neuropatia periférica</li> <li>• Uso concomitante de medicações que podem causar sonolência, confusão mental</li> </ul>	<p>ter veias mais finas e frágeis para a realização do procedimento.</p> <p>Pacientes que realizaram o procedimento anteriormente já possuem debilidade nos vasos devido a efeitos secundários do tratamento.</p> <p>Doenças vasculares estão relacionadas a perturbações circulatórias, propensão a sangramento e distúrbios de coagulação.</p> <p>A sensação periférica prejudicada impossibilita a identificação dos sintomas do extravasamento.</p> <p>O uso de medicações que dificultam a comunicação com o doente prejudica o relato de ardência e dor no local.</p> <p>(RUBACH, 2018; PEREZ <i>et al.</i>, 2012; PULLA, 2016)</p>
<p>Solicitar da equipe médica a colocação do cateter totalmente implantado como via de acesso para administração da quimioterapia quando necessário</p>	<p>Os cateteres totalmente implantados são indicados para quando há necessidade de acesso venoso frequente, uso de fármacos vesicantes e inadequação do sistema venoso periférico. Indicados para uso intermitente, poupam a pele nos intervalos do tratamento.</p> <p>(ZERATI <i>et al.</i>, 2017)</p>
<p>Nos casos em que for necessário a utilização da rede venosa periférica: realizar avaliação pelo próprio enfermeiro</p>	<p>É competência do enfermeiro planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as ações de enfermagem em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico antineoplásico.</p> <p>(BRASIL, 1998; SOUZA <i>et al.</i>, 2017)</p>

<p>Realizar punção adequada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A ordem do local punção deve ser: 1)antebraço, 2)dorso da mão, 3)punho, 4)fossa anticubital.</li> <li>• O ideal é a utilização de um vaso calibroso, reto e maleável, que não tenha sido utilizado nas 24h anteriores</li> <li>• Se a tentativa de punção falhar, novas tentativas devem ser realizadas em locais diferentes</li> <li>• A fixação deve ser sem excessos de esparadrapo</li> </ul>	<p>A punção sobre articulações ou fossa anticubital deve ser evitada, uma vez que há pouco tecido mole para a proteção dos nervos e tecidos subjacentes, dessa forma o dano causado pelo extravasamento pode ter consequências mais sérias.</p> <p>Vasos que foram utilizados para a terapia anteriormente e aqueles que foram múltiplas vezes manipulados estão mais fragilizados. Aqueles com maior calibre e maleabilidade diminuem a probabilidade do extravasamento.</p> <p>Não prejudicar a visibilidade do local, permitindo a verificação quando surgir algum sinal/sintoma.</p> <p>(RUBACH, 2018; PEREZ <i>et al.</i>, 2012; PULLA, 2016)</p>
<p>Manter a vigilância durante a quimioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atentar para o tipo de droga e o tempo de infusão e fluxo prescritos</li> <li>• Observar o aparecimento de sinais do extravasamento</li> </ul>	<p>Atenção para a prescrição, tempo de infusão, fluxo e tipo de droga. Existem as drogas vesicantes e irritantes, as vesicantes necessitam de maior atenção pois causam maiores danos.</p> <p>Dentre os sinais a ser observados podem ser citados hiperemia, edema, diminuição ou parada do gotejamento, resistência durante a infusão e ausência do retorno venoso.</p> <p>(GOZZO; SANTOS; CRUZ, 2017; KREIDIEH; MOUKADEN; SAGHIR, 2016)</p>

<p>Lavar a veia com soro fisiológico após a administração</p>	<p>A lavagem de um vaso entre medicamentos subsequentes é sempre necessária.</p> <p>(PULLA, 2016)</p>
<p>Envolver pacientes e acompanhantes no cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientando quanto à comunicação imediata com os profissionais caso observe-se algum sinal ou sintoma do extravasamento (dor, ardor, inchaço, descoloração)</li> <li>• Elaboração de materiais educativos para os pacientes, adequados ao seu nível de educação e compreensão.</li> <li>• Padronização dos procedimentos quimioterápicos</li> </ul>	<p>Os profissionais devem participar da educação dos pacientes, encorajá-los a participar do seu tratamento, identificar possíveis EA, e expressar suas preocupações.</p> <p>A padronização dos procedimentos ajuda o paciente a identificar mudanças e falhas na rotina.</p> <p>O envolvimento do paciente em todas as etapas do seu tratamento os torna corresponsáveis por sua segurança.</p> <p>(RIBEIRO; SANTOS, 2015)</p>
<p>Registrar no prontuário todas as intervenções de enfermagem realizadas, inclusive a comunicação com os demais membros da equipe sobre o procedimento</p>	<p>O registro de todas as intervenções, orientações e comunicação realizadas durante quimioterapia antineoplásica também é responsabilidade do enfermeiro. Quando as anotações são escassas ou inadequadas, pode comprometer a assistência prestada, assim como a equipe. O prontuário auxilia os gestores na identificação das necessidades para definir condutas e analisar resultados encontrados, garante respaldo ao profissional, comprova presteza e o atendimento fornecido, além de ter relação com a continuidade da assistência.</p>

	(SANTOS <i>et al.</i> , 2015; BRASIL, 2002)
<b>Executante: Gerencia de enfermagem</b>	
<b>Ações:</b>	<b>Justificativa:</b>
Promover treinamentos e capacitações relacionados a administração de quimioterápicos e as drogas antineoplásicas	Os profissionais devem ter conhecimento sobre as drogas que são administradas, os tipos e classificação, para entender quais tem mais possibilidade de causar o incidente e assim ter mais atenção e cuidado. A educação permanente nos serviços de saúde possibilita a articulação entre o problema vivenciado na realidade do serviço e seus atores, contextualizando o processo de trabalho e aprendizagem. (GOZZO; SANTOS; CRUZ, 2017; GOZZO <i>et al.</i> , 2015)
Promover estratégias de interação entre a equipe multiprofissional, principalmente a equipe médica e a de enfermagem, com foco na comunicação efetiva	O planejamento das ações deve ocorrer de forma coletiva, com a equipe multiprofissional, a adoção de medidas para proporcionar qualidade em saúde e segurança deve ser instituída por todos os profissionais, a fim de resultar na redução da possível cadeia de erros. Dessa forma, é importante que haja um canal de comunicação aberto entre as diferentes categorias, favorecendo sua integração e trabalho em equipe. (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2016)
Garantir supervisão sistemática	A supervisão em enfermagem é um elemento essencial para se alcançar qualidade na assistência, por meio dela o profissional tem meios para organizar

	<p>os processos de assistir, investigar, gerenciar e educar. Possibilita uma visão ampla e gerenciadora do serviço, tem caráter motivador, orientador, auxiliador de recursos humanos, materiais, organizacionais e do processo de trabalho como um todo.</p> <p>(CARVALHO; GAMA; SALIMENA, 2017)</p>
--	---

Fonte: Próprio autor

A ajuda dos profissionais na construção do plano foi essencial, pois esse diálogo entre os profissionais, que vivem o cotidiano da assistência, em contato diário com todos os riscos a que os pacientes estão submetidos, e a pesquisadora, que trouxe o âmbito da pesquisa e da busca por melhores evidências, trouxe o benefício da construção de um produto que poderá ser agregado nessa realidade, produzindo uma inovação, ou até mesmo atualizações nos modos de cuidado, renovando a vida das práticas assistenciais e do exercício profissional do cuidado em saúde. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). Ressalta-se que o plano será apresentado a gerência de enfermagem do hospital, bem como a toda a equipe, destacando que produtos construídos coletivamente são mais fáceis de serem incorporados no ambiente de trabalho.

O Plano de Ações é classificado como tecnologia leve-dura, caracterizado como a construção do conhecimento por meio de saberes estruturados que não necessita de um recurso de alta tecnologia para sua realização. Os resultados alcançados com a utilização desse tipo de tecnologia são importantes, pois permitem maior relação entre profissional/cliente, o enfermeiro pode usá-la para esclarecer dúvidas e formar meios de aprendizagem e enfrentamento de dificuldades (SABINO *et al.*, 2016).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação com a segurança do paciente é cada vez mais frequente em instituições de saúde, e o serviço de gerenciamento de riscos apresenta-se como uma ferramenta importante para que haja melhora na qualidade da assistência e contribua com a adesão de práticas seguras voltadas para a redução dos riscos e mitigação dos danos pelos quais os pacientes estão expostos. A enfermagem, ligada diretamente à prestação de cuidados, possui papel representativo nesse contexto, tanto na identificação de riscos como na prevenção da ocorrência de erros e eventos adversos.

Nessa perspectiva, o presente estudo, constituído por uma amostra majoritariamente feminina, jovem, com média de idade 32 anos, com tempo médio de formação sete anos e de atuação na instituição seis anos, e em que todos os participantes relataram ter realizado treinamentos na área, permitiu a realização da análise dos conhecimentos dos enfermeiros sobre segurança do paciente e gerenciamento de riscos, manifestando a compreensão sobre os temas, o que reflete o avanço, visto que tratar sobre esse assunto não é algo recente.

O estudo possibilitou também conhecer os riscos para a segurança do paciente mais frequentes identificados pelos profissionais no seu ambiente de trabalho, os quais foram: risco de queda, risco de lesão por pressão, risco de erro de medicação e risco de extravasamento de quimioterapia. Tratando-se de um cenário referência em tratamento de pacientes oncológicos, o risco prioritário identificado foi o de extravasamento de quimioterápicos, pois é o que há mais necessidade de elaboração de estratégias para a prevenção da sua ocorrência.

Diante da identificação dos riscos foi possível conhecer a atuação reativa e proativa dos enfermeiros. Frente aos incidentes observou-se uma divergência entre os relatos das entrevistas e do grupo focal. Nas entrevistas verifica-se nas falas dos participantes a importância da redução dos danos e a utilização do incidente como um gatilho para disparar ações de melhoria, nota-se também a importância dada à comunicação de eventos adversos e a notificação, refletindo mudanças na cultura organizacional das instituições e do momento vivenciado, onde converte-se a cultura punitiva em uma cultura justa e de aprendizado.

Por outro lado, durante as entrevistas e discussões em grupo constatou-se que embora haja essa consciência da importância, a realidade ainda é diferente, dando destaque para a subnotificação, devido a fatores como falta de tempo e

desvalorização de eventos adversos de menor gravidade, e ainda ao uso do sistema de notificação como um meio de apontar culpados e fazer denúncias. Permitindo inferir que a cultura de culpa ainda está enraizada nas organizações e que é preciso trabalhar para eliminar a visão restritiva de que se deve dar importância apenas a eventos de grande magnitude.

Ao analisar a atuação preventiva dos enfermeiros por meio dos discursos, foi possível perceber a cultura de segurança presente em suas atitudes e práticas, confirmadas por seus relatos de utilização de protocolos e avaliação de riscos para evitar os erros. A importância do envolvimento do paciente no seu cuidado também deve ser enfatizada como uma forma de prevenção, assim como a necessidade de educação permanente para esses profissionais, que lidam com uma parcela de pacientes que necessitam de cuidados específicos, e precisam estar constantemente se aperfeiçoando para garantir a qualidade do serviço.

Ressalta-se como contribuição do estudo, a elaboração da proposta do Plano de Ações de enfermagem voltado para o gerenciamento do risco de extravasamento de quimioterapia, que pode servir como apoio aos profissionais que trabalham nesse ambiente e tem seus pacientes diariamente expostos a esse tipo de risco. Como proposta para continuidade da pesquisa, sugere-se o aprofundamento desse Plano de Ações, com o objetivo de construir um protocolo voltado para a prevenção do extravasamento de quimioterápicos.

Considera-se como limitação da pesquisa a realização somente com os enfermeiros, já que toda a equipe multiprofissional deve estar envolvida no processo de identificação de riscos, controle e prevenção de eventos adversos. É importante contemplar todos os atores comprometidos no processo na busca de ações para a melhoria da segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

ABREU, I.M. *et al.* Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v.40, n.esp, p.1-13, 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.** Boletim Informativo, Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY AHRQ. **Annual Report on Research and Management.** Florida: Florida Fish and Wildlife Conservation Commission; 2001. [página na Internet]. Acesso em: 11/02/2019. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/about/annrpt01/>

AGÊNCIA DE PESQUISA E QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE (AHRQ). **AHRQ PSNet Patient Safety Primers** . Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, 2012. Acesso em 12 de fevereiro de 2019. Disponível em: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>.

ALBUQUERQUE, A. A segurança do paciente à luz do referencial dos direitos humanos. *R. Dir. Sanit.*, v.17, n.2, p.117-137, 2016.

ALVES, W.S.B. *et al.* Análise do nível de informação da equipe de enfermagem sobre eventos adversos. *R Epidemiol Control Infec*, v.8, n.2, p.159,164, 2018.

AMMERMAN, M. **The Root Cause Analysis Handbook: a simplified approach to identifying, correcting, and reporting workplace errors.** Portland: Productivity, 1998.

AMMOURI, A.A. *et al.* Patient safety culture among nurses. *International nursing review*, v. 62, ed. 1, p. 102-110, 2015.

ARAUJO, M. A. N. *et al.* Segurança do paciente na visão de Enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017a.

ARAUJO, M.A.N. *et al.* Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v.11, n. supl11, p. 4716-4725, nov, 2017b.

ASSIS, Y.M.S.; ALVES, K.Y.A.; SANTOS, V.E.P. Evidências científicas do cuidado de enfermagem e segurança do paciente em unidade de internação oncológica. **Rev. Cubana Enfermería**, v.32, n.3, p.1-18, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). ABNT NBR ISO 31000. **Gestão de riscos - Princípios e diretrizes.** Rio de Janeiro: ABNT, 2010.

BARATTO, M. A. M. *et al.* Culture of patient safety in the hospital setting: An Integrative Review. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 11, 2016.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARCELLOS, R.A. *et al.* Efetividade do gerenciamento de riscos clínicos na terapia intensiva. **Cogitare Enferm**, v.21, n.esp, p.1-9, 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 210/1998. **Dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos**. Citado em 20 de março de 2019. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998\\_4257.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998_4257.html)

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 272/2002. **Sistematização da assistência de enfermagem-SAE-nas instituições brasileiras**. Citado em 02 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: Higienização das mãos**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: ANVISA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011**, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**, que aprova as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolucao nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529 de, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Diário oficial da união, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. **Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente**. Brasília: Diário Oficial da União, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BARTH, P.O. *et al.* Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Rev Eletr Enf [internet]**, v.16, n.3, p.604-611, 2014.

BIANCHI, M. *et al.* Patient safety competencies in undergraduate nursing students: a rapid evidence assessment. **Jounal of Advanced Nursing**, v.72, n.12, p. 2966-2979, 2016.

BRASAITE, I.; KAUNONEN, M.; SUOMINEN, T. Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review. **Scand J Caring Sci**, v.29, p. 30-50, 2015.

BREVES, I. **Gerenciamento do risco não clínico contribui para a segurança do paciente**. PROQUALIS, 2015. Acesso em 25 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://proqualis.net/noticias/gerenciamento-do-risco-n%C3%A3o-cl%C3%ADnico-contribui-para-seguran%C3%A7a-do-paciente>.

BRUNO, M.L.M. *et al.* Conduas de enfermagem no extravasamento de quimioterápicos antineoplásicos: protocolo operacional padrão. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v.8, n.4, p.974-980, 2014.

BUJA A. *et al.* Adverse event reporting and patient safety at a university hospital: mapping, correlating and associating events for a data-base patient risk management. **International Journal of Risk & Safety in Medicine**, v.28, p. 163-170, 2016.

CALDANA, G. *et al.* Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-911, jul/set, 2015.

CARVALHO, N.A.; GAMA, B.M.B.M.; SALIMENA, A.M.O. A supervisão sob a ótica dos enfermeiros: reflexos na assistência e trabalho em equipe. **Rev. Adm. Saúde**, v.17, n. 69, out-dez, 2017.

CAMARGO, B.V.; JUSTO A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**. V. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. VII-VIII, 2010.

CASTILHO, A.F.O.M.; PIARREIRA, P.M.D.; MARTINS, M.M.F.P.S. Cuidados em enfermagem e eventos adversos em doentes internados: análise dos fatores intervenientes. **RIASE**, v.2,n.2, p.605-623, 2016.

CAVALCANTE, A. K. C. B. *et al.* Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista cubana de enfermería**, v. 31, n. 4, ago-set, 2015.

CEDRAZ, R.O. *et al.* Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Esc. Anna Nery**; v.22, n.1, p.1-7, 2018.

CHO, S.M.;CHOI, J. Patient safety culture associated with patient safety competencies among registered nurses. **Journal of Nursing Scholarship**, v.50, n.5, p. 549-557, 2018.

COSTA, L.; MARINHO, S.V. A utilização de ferramentas prospectivas em gerenciamento de risco de projetos estratégicos: Análise dos institutos de inovação e

tecnologia do sistema Fiesc. **FutureJournal**, São Paulo, v.9,n. 2, p. 88-115, maio, 2017.

COSTA, V.T.; MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Rev. Latino-Am Enferm.**, v. 21, n.5, 7 telas, set-out, 2013.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; ROSA, M.B.. **Erros acontecem**: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados [Internet]. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2016. Acesso em: 11 de fevereiro de 2019. Disponível em: <http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/5x5i1j985c5jwcsp.pdf>

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The SAGE handbook of qualitative research**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 2011.

DEROSIER, J. *et al.* Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System. **Jt Comm J Qual Improv**. V.27, n.5, p. 248-67, 2002.

DILLARD, K.; PFOST, J.; RYAN, S. **Security Risk Management Guide**. [S.1]: Microsoft corporation, Oct, 2004.

DONABEDIAN A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor (MG):Health Administration Press;1999

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, jan-fev, 2015.

FALQUETO, J.; FARIAS, J. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. **CIAIQ**, Lisboa, v. 3, n. 1, p. 560-569, 2016.

FELDMAN, L. B. O enfermeiro analista de risco institucional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 742-745, nov-dez, 2004.

FELDMAN, L. B. Gestão de risco na enfermagem. In: FELDMAN, L. B. (org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**. 2ªed. Martinari: São Paulo ,2009.

FEREZIN, T.P.M. *et al.* Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. **Cogitare Enferm**, v.22, n.2, p.1-9, 2017.

FORTE, E.C.N.; MACHADO, F.L.; PIRES, D.E.P. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. **Cogitare enferm.**, v.21, n.esp, p.1-10, 2016.

FORTE, E.C.N. *et al.* Erros de enfermagem: O que está em estudo. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.2, p.1-10, 2017.

FRANÇOLIN, L. *et al.* Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n.2, p. 277-283, 2015.

GATTI, B. A.. **Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro 2005.

GONÇALVES, N.; SIQUEIRA, L.D.C.; CALIRI, M.H.L. Ensino sobre segurança do paciente nos cursos de graduação: um estudo bibliométrico. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.25:e15460, p.1-5, 2017.

GOTTEMS, L. B. D. *et al.* Estudo dos casos notificados como incidentes em um hospital público de 2011 a 2014. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol. 50, n. 5, p. 863-869, 2016.

GOZZO, T.O. *et al.* Conhecimentos da equipe de enfermagem acerca de eventos adversos no tratamento quimioterápico. **Cienc Cuid Saúde**, v.14, n.2, p.1058-1066, 2015.

GOZZO, T.O.; SANTOS, L.A.C.; CRUZ, L.A.P. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da prevenção e manejo de extravasamento de drogas quimioterápicas. **Rev. Enferm. UFPE, Recife**, v.11, n.12, p. 4789-4797, 2017.

GUTIÉRREZ UBEDA, S.R. ¿Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente? **Rev Calid Asist**, v.31, n.3, p.173-176, 2016.

HOFFMANN, B.; SIEBERT, H.; EUTENEIER, A. Wie lernen wir, Patienten sicher zu versorgen? Patientensicherheit in der Ausbildung der Gesundheitsberufe. **Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz**, V.58, N.1, P.87-94, 2015.

Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.21, n.esp, p.1-10, 2016.

JHA, A.K. *et al.* The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Qual Saf**, v. 22, p. 809-815, 2013.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Failure Mode and Effects Analysis in Health Care:**

Proactive Risk Reduction. 3rd. Illinois: Joint Commission Resources; 2010.

KOHN, L.T.; CORRIGNAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. 2. ed. Washington: National Academy of Sciences, 2000.

Kotler, Philip & Keller, Kevin Lane. **Administração de Marketing**. Ed. Pearson Education. 12. ed. São Paulo: Pearson Education, 2006.

KREIDIEH, F.Y.; MOUKADEN, H.A.; SAGIR, N.S.E. Overview, prevention and management of chemotherapy extravation. **World J Clin Oncol** [internet], v.7, n.1, p. 87-97, 2016.

LEE, N.; JANG, H.; PARK, S. Patient safety education and baccalaureate nursing students' patient safety competency: A cross-sectional study. **Nursing and Health Sciences**, v.18, p. 163-171, 2016.

LIMA, R.P.M.; MELLEIRO, M.M. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes Na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm.**, v.17, n.2, p.312-321, abr/jun, 2013.

LIMA, K.P. *et al.* Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva: Perspectiva do enfermeiro. **Rev Enferm UFPE online**, Recife, v.11, n.3, p.1234-1243, 2017.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. especial, p. 09-14, 2016a.

MACHADO, M. H. *et al.* Aspectos gerais da formação: o perfil da formação dos Enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. especial, p. 15-34, 2016b.

MAIA, C. S. *et al.* Registros de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014,2016. **Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília**, vol. 27, n. 2: e2017320, 2018.

MALUF, F. Dignidade e respeito aos pacientes: o olhar dos direitos humanos [Resenha Review]. **Trab. Educ. saúde**, v.16, n.2, p.837-839, 2018.

MARINHO, G.S. *et al.* Risco de quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v.7,n.1, p.55-60, fev, 2017.

MARKET, K. *et al.* One fourth of unplanned transfers to a higher level of care are associate with a highly preventable adverse event: a patient record review in six hospitals. **CCM journal**, v.43, n.5, may, 2015.

MELLEIRO, M.M. *et al.* Temática segurança do paciente nas matrizes curriculares de escolas de graduação em enfermagem e obstetrícia. **Rev Baiana enferm**, v.21, n.2:e16814, p.1-8, 2017.

MELO, C.L. *et al.* Gerenciamento de riscos assistenciais em unidade de terapia intensiva: a percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 7, n.11, p.6398- 6407, nov., 2013.

MELO, C.L. *et al.* Gerenciamento de riscos e eventos adversos em uma unidade de emergência: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 7, n. esp:6146-55, out, 2013b.

MENDES, W. *et al.* Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8, n.4, p. 393-406, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MIRA, J.J; LORENZO, S. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a loa/las pacientes tras um evento adverso. **Gac Sanit.**, v.29, n.5, p.370-374, 2015.

MOFFATT-BRUCCE, S.D.; FERDINAND, F.D.; FANN, J.I. Patient safety: Disclosure of medical errors and risk mitigation. **Ann Thorac Surg**, v.102, p.358-362, 2016.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (NPSA). **About Patient Safety.** [página na Internet]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/about-us/> . Acesso em: 16 de junho de 2017.

NOGUEIRA, M. C. C. *et al.* Hospital services of risk management and implications for management of nursing care. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 7, 2016.

NUNES, F. D. O. *et al.* Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **J. res.: Fundam. Care. Online**, v. 6, n. 2, p. 841-847, abr-jun, 2014.

OCK, M. *et al.* Evaluating the expected effects of disclosure of patient safety incident using hypothetical cases in korea. **Plos One**, v.13, n.6, p. 1-10, 2018.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 1, p.122-129, jan-mar, 2014.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook** – Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

OLIVEIRA, P.P Desafios da segurança do paciente e a qualidade em serviços de oncologia [Editorial]. **Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.7, p. 1-4, 2017.

PAIM, L. *et al.* Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.3, p. 380-386, 2008.

PAIXÃO, D.P.S.S. *et al.* Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. **Rev Bras Enferm [internet]**, v.71, n.(supl1), p. 622-629, 2018.

PEREIRA, M. D.; SOUZA, D. F.; FERRAZ, F. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 3, n. 2, p. 55-87, nov, 2014.

PERES, M.A. *et al.* Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm**, v.39:e2017, p.1-9, 2018.

PEREZ, F.J.A. *et al.* Management of chemotherapy extravasation: ESMO- EONS Clinical practice guideline, **Ann Onc**, v.23, n.7, p.167-173, 2012.

PULLA, M.P. **ESMO handbook of oncological emergencies**. ESMO Press, 2016.

RADAEL, W. *et al.* Avaliação do risco de extravasamento de quimioterápico antineoplásico administrado via cateter de inserção periférica: relato de caso. **Acta Biomédica Brasiliensia**, v.7, n.1, p.124-129, 2016.

RAPOSO, V.L. A insustentável leveza da culpa: a compensação de danos no exercício da medicina. **Saúde Soc**, São Paulo, v.25, n.1, p.57-69, 2016.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. *Application of the ALCESTE method to the large corpus and stabilised lexical worlds or 'cablegate', using IRAMUTEQ*. **Actes des 11eme JADT**. 2012: 835-44.

REASON, J. T. **Human error**. 20<sup>a</sup> ed. New York: Cambridge University Press, 2009.

REINERT, M. Classification descendante hiérarchique et analyse lexicale par contexte: application au corpus des poésies d'Arthur Rimbaud. **Bulletin de méthodologie sociologique**, V. 13, N.1, 1987.

REINERT, M. ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. **Bulletin de méthodologie sociologique**, V.28, P. 24-54, 1990.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Quem somos**. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/quem-somos>. Acesso em: 21 de junho de 2018.

RIBEIRO, T.S.; SANTOS, V.O. Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.61, n.2, p.145-153, 2015.

RUBACH, M. Management of extravation of antineoplastic agentes. **Oncology in Clinical Practice**, v.14, n.1, p.15-22, 2018.

SABINO, L.M.M. *et al.* Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, v.16, n.2, Bogotá, 2016.

SANHUDO, N.F.; MOREIRA, M.C. O enfermeiro-líder no gerenciamento de risco para prevenção e controle de infecções em pacientes com câncer. **Cogitare Enfermagem**, v.21, n.3, p.1-9, 2016.

SANTOS, A.G.P. *et al.* Gerenciamento dos riscos assistenciais realizado por enfermeiros em um pronto socorro. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v. 17, n. 45, p. 79-88, 2017.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, mar-abr, 2013.

SANTOS, B.P. *et al.* Prontuário oncológico: instrumento de informação da doença e do tratamento. **Rev. De Atenção à saúde**, v.13, n.46, p. 99-105, 2015.

SANTOS, F.C. *et al.* Educación continua: construcción del conocimiento y estrategias educativas para las enfermeras de oncología. **Cultura de los cuidados**, año. XXII, n.51, p.22-30, 2018.

SERRA, F.; TORRES, M. C. S. & TORRES, A. P. **Administração Estratégica**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2004.

SILVA, A. T. *et al.* Os enfermeiros e a segurança do paciente na práxis hospitalar. **Cogitare enferm.**, v. 21, n. esp, p. 1-8, 2016.

SILVA, A.C.A. *et al.* A segurança do paciente em âmbito hospitalar: Revisão integrativa da literatura. **Cogitare enfermagem**, v.21, n. esp, p. 01-09, 2016b.

SILVA, T.O. *et al.* O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [internet], v.18:e1173, p. 1-12, 2016c.

SIMAN, A.G.; BRITO, M.J.M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaucha Enferm.**, v.37, n.(esp):e68271, 2016.

SIQUEIRA, C.L. *et al.* Gerenciamento de risco: Percepção de enfermeiros em dois hospitais de Minas Gerais. **Rev. Min. Enferm.**, vol.19, n.4, p.919-926, 2015.

SOUSA, P.; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, Ed: Fiocruz, 2014.

SOUSA, F.C.P. *et al.* A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.3, p.1-8, 2017.

SOUSA, K.H.F. *et al.* Fatores associados ao perfil da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico e suas implicações para a saúde do trabalhador. **Rev. Min. Enferm.**, v. 22, n. e-1104, p. 1-8, 2018.

SOUZA, N.R. *et al.* Emergência oncológica: atuação dos enfermeiros no extravasamento de drogas quimioterápicas antineoplásicas. **Esc. Anna Nery**, v.21, n.1, p.1-9, 2017.

TAVARES, A., *et al.* **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, v.1, 2014.

TAYLOR-ADAMS, S.; VINCENT, C. **Systems Analysis of Clinical Incidents: The London Protocol**. Disponível em: [https://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EF-AA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the\\_london\\_protocol.pdf](https://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EF-AA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the_london_protocol.pdf) Acesso em: 16 de fevereiro de 2019.

TAYLOR, M.J. *et al.* Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. **BMJ Qual Saf**, v.23, n.4, p. 290-298, 2014.

TOMAZONI, A. *et al.* Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev Gaúcha Enferm.**, n.38, n.1, p. 1-8, mar, 2017.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.G.V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3ªed. Porto Alegre (RS): Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.G.V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto contexto enferm.**, v.26, n.4, 2017.

TURNER, S. *et al.* Codifying knowledge to improve patient safety: A qualitative study of practice-based interventions. **Social Science&Medicine**, v.113, p. 169-176, 2014.

UBEROI, R.S.; GUPTA, U.; SIBAL, A. Root Cause Analysis in Healthcare. **Apollo Medicine**, Vol.1, p.60-63, 2004.

VENCATO, M.F. Ferramenta para análise e avaliação de riscos no planejamento de projetos de pesquisa e desenvolvimento. **Revista de Gestão e Projetos**, v.5, n.2, p. 102-111, 2014.

VERMEULEN, J.M., *et al.* Patient Safety in South Africa: PICU Adverse Event Registration. **PCCM Journal**, v. 15, n.5, june, 2014.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WHO. World Health Organization. **Patients for Patient Safety: forward program** [Internet]. Genebra (SW); 2004. Cited mar 2018. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/en/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/).

WHO. World Health Organization. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Version 1.1. A World Alliance for Safer Health Care, 2009.

ZAPATA, A. I. P., *et al.* Detection of adverse event in General surgery using the “trigger tool” methodology. **Cir. Esp.**, v. 93, n. 2, p. 84-90, 2015.

ZÁRATE-GRAJALES, R. *et al.* Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicêntrico. **Enfermería Universitaria**, v. 12, n. 2, p.63-72, 2015.

ZÁRATE-GRAJALES, R. *et al.* Eventos adversos em pacientes hospitalizados reportados por enfermeira: um estúdio multicêntrico em México. **Enfermería Universitaria**, v.14, n.4, p.277-285, 2017.

ZERATI, A.E. *et al.* Cateteres venosos totalmente implantáveis: histórico, técnica de implante e complicações. **J Vasc Bras**, v.16, n.2, p.128-139, 2017.

ZIMMERMANN, G.S. *et al.* Predição de risco de lesão por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.3, p. 1-10, 2018.

## APÉNDICES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE A – Formulário de caracterização dos participantes**

Data da entrevista \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nº \_\_\_\_\_

1- Caracterização dos participantes do estudo

- a) Idade: \_\_\_\_\_ anos
- b) Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
- c) Tempo de atuação na enfermagem: \_\_\_\_\_
- d) Tempo de atuação na instituição: \_\_\_\_\_
- e) Turno de trabalho: ( )M ( )T ( )SN ( )SD
- f) Aperfeiçoamento

Realizou algum treinamento na área de Segurança do paciente ( )sim ( )não



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista**

- 1) Fale sobre seu entendimento a respeito de “Gerenciamento de riscos”?
- 2) Fale sobre seu entendimento a respeito de “Segurança do paciente”?
- 3) Você conhece algum protocolo a respeito desses temas? Fale sobre esses
- 4) Quais os riscos para segurança do paciente identificados na sua prática profissional?
- 5) Como você procede diante dos riscos relacionados à Segurança do paciente?
- 6) Como você procede quando ocorre algum erro relacionado à segurança do paciente?



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

### **APÊNDICE C – Roteiro para Grupo Focal**

Pesquisa: Gerenciamento de riscos para a segurança do paciente: Ações do enfermeiro

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino

Discente: Ingrid Moura de Abreu

#### **1 Grupo Focal**

A técnica do grupo focal constitui uma possibilidade metodológica dentro da pesquisa qualitativa que permite a problematização de um tema ao estimular o debate entre os participantes. Ademais, essa técnica permite a geração de novas concepções e opiniões fomentadas pela interação entre os sujeitos participantes. (BACKES, 2011)

Esse tipo de técnica de pesquisa tem como objetivo entender, a partir das trocas nas discussões no grupo, conceitos, sentimentos como também atitudes, de um modo específico que não seria possível captar através de outras técnicas como a entrevista. O trabalho com o grupo focal permite a compreensão de contraposições, contradições, diferenças e divergências. A pesquisa com grupos focais permite ainda o alcance de diferentes perspectivas de uma mesma questão, permite também a concepção de processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, assim como a compreensão de práticas cotidianas, atitudes e comportamentos prevalentes no trabalho com alguns indivíduos que compartilham traços em comum, relevantes para o estudo e investigação do problema em questão (GATTI, 2005).

##### **1.1 Objetivo**

- Socializar as informações obtidas nas respostas das entrevistas com a finalidade de aprofundamento

- Elencar o risco prioritário
- Responder à questão: Quais as ações da equipe de enfermagem com foco no gerenciamento do risco prioritário identificado para uma melhoria na segurança do paciente? Dessa forma, discutir as estratégias necessárias para a elaboração de uma proposta de um plano de ação que oriente os enfermeiros que trabalham nos postos de internação quanto ao gerenciamento do principal risco para a segurança do paciente identificado.

## 2 Momento 1

### **Socialização das respostas da primeira etapa de entrevistas individuais para aprofundamento**

- ❖ Gerenciamento de riscos
  - Conceito de gerenciamento de risco
- ❖ Segurança do paciente
  - Conceito de segurança do paciente
  - Segurança do paciente e gerenciamento de riscos
- ❖ Protocolos
  - Protocolos de segurança do paciente da instituição
- ❖ Principais riscos identificados na prática profissional
  - Considerando que risco é a probabilidade de algum evento acontecer
  - Principal citado nas entrevistas:
    - Risco de extravasamento de quimioterapia
- ❖ Conduta diante dos riscos
  - Utilização dos protocolos
- ❖ Conduta diante dos erros
  - Notificação

## 3 Momento 2

**Responder a pergunta: Quais as ações de enfermagem no gerenciamento do risco de extravasamento de quimioterapia para uma melhoria da segurança do paciente?**

- ❖ Considerar que gerenciamento de riscos corresponde a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional

#### 4 Momento 3

##### **Consolidação e validação grupal dos planos de ação desenvolvidos na sessão**

- ❖ Vocês concordam com essas ações? (Validação grupal)
- ❖ Como poderia se dar sua implementação?
- ❖ Quais as responsabilidades entre os envolvidos?

#### 5 Momentos-chave das sessões grupais da pesquisa para construção de planos de ações com foco no gerenciamento de riscos

	<b>Sessões de grupo focal</b>	
	1ª Sessão (23/10 às 9h)	2ª Sessão (26/10 às 15h)
<b>Abertura da Sessão</b>	Recepção, agradecimento pela participação na pesquisa, apresentação dos pesquisadores e objetivos da pesquisa.	Recepção, agradecimento pela participação na pesquisa. Síntese da sessão anterior e esclarecimento do objetivo desta.
<b>Esclarecimentos acerca da dinâmica de discussão participativa</b>	Informações sobre o desenvolvimento da sessão	
<b>Aspectos éticos</b>	Esclarecimento das questões éticas e caráter confidencial da pesquisa. Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.	
<b>Debate</b>	Grupo focal 1	Grupo focal 2
<b>Síntese</b>	Retomada e validação das ideias centrais na discussão participativa.	

<b>Encerramento da sessão</b>	Agradecimento pela participação. Lanche.
-------------------------------	--



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE D – CONVITE PARA O GRUPO FOCAL**

**CONVITE AOS ENFERMEIROS**

Convido vocês Enfermeiros para participarem de um *grupo de discussão*, como parte de uma pesquisa de Mestrado que está sendo desenvolvida por mim, Ingrid Moura de Abreu, aluna do Programa de Pós-Graduação de enfermagem da UFPI, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino.

Este estudo tem como temática central as **“Ações de enfermagem no gerenciamento de riscos para a segurança do paciente”**

A realização do grupo tem como objetivo a apresentação dos dados coletados em etapa anterior da pesquisa e identificar possíveis ações de enfermagem frente aos principais riscos para a segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais enfermeiros. O encontro acontecerá em dois momentos:

**Data: 23/10/2018**

**Local: Auditório do HSM**

**Horário: 10h**

**Data: 26/10/2018**

**Local: Auditório do HSM**

**Horário: 15h**

Solicito que os interessados confirmem a presença com a Neylane

***A participação de vocês será de grande importância!***



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido- TCLE**

**Título do projeto:** Ações de enfermagem com foco no gerenciamento de risco em ambiente hospitalar  
**Pesquisador responsável:** Dr<sup>a</sup>. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino  
**Instituição:** Universidade Federal do Piauí  
**Departamento:** Departamento de Enfermagem  
**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (86) 3215-5558

Prezado (a) Senhor (a)

O Sr. (a) está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada “AÇÕES DE ENFERMAGEM COM FOCO NO GERENCIAMENTO DE RISCO EM AMBIENTE HOSPITALAR”. O Sr. (a) precisa decidir se quer participar ou não. Depois de **esclarecido** (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o Sr. (a) tem direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo em sua etapa final, sem ônus ou prejuízos.

**Objetivo do estudo:** Esta pesquisa pretende Descrever o conhecimento dos profissionais sobre Gerenciamento de Risco e Segurança do paciente, Conhecer as atitudes dos enfermeiros diante dos riscos relacionados à segurança do paciente, Elencar as estratégias utilizadas para minimizar os riscos,  
 Elaborar, coletivamente, um plano de ação voltado ao gerenciamento de riscos e a segurança do paciente

**Procedimentos:** Será uma pesquisa qualitativa, em que a pesquisadora realizará uma entrevista com você objetivando saber seu conhecimento e prática sobre gerenciamento de riscos e segurança do paciente, assim as atitudes dos enfermeiros diante dos riscos relacionados à segurança do paciente. Como meio de obtenção dessas informações você responderá perguntas de um roteiro de entrevista, no qual a sua resposta será gravada. Posteriormente a entrevista individual, você será convidado a participar de um grupo focal, onde ocorrerão através de encontros previamente agendados. Através de discussões entre os participantes do estudo e pesquisador, será elaborado um plano de ação voltado ao gerenciamento de riscos e segurança do paciente. Os dados da pesquisa serão posteriormente divulgados a fim de produzir conhecimento científico para a comunidade em geral, mas o seu nome permanecerá preservado. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas na resposta as perguntas do roteiro de entrevista e na participação no grupo focal.

**Benefícios:** Sua participação não trará benefícios diretos a você nesse momento, mas, no futuro, os resultados poderão contribuir para que possamos entender melhor o seu ambiente de trabalho e para propor ações voltadas à sua segurança e à segurança do paciente. Esta pesquisa ainda trará maior conhecimento sobre o tema abordado, visando obter benefícios futuros aos serviços e profissionais. Almeja-se contribuir com a prática assistencial do serviço de trabalhadores de enfermagem, para o ensino e pesquisa na área da segurança do paciente, assim como na qualificação desses profissionais.

**Riscos:** A participação nessa pesquisa não representará qualquer risco de ordem física, no entanto, algumas questões do roteiro de entrevista ou mesmo a participação no grupo focal poderão causar desconforto e constrangimento. Para reduzir esse desconforto, os(as) participantes serão sensibilizados anteriormente a entrevista sobre o não julgamento da pesquisadora responsável sobre as respostas e as discussões em grupo. Os(as) participantes serão assegurados de que a utilização dos dados ocorrerá somente no âmbito da pesquisa.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando divulgados resultados da pesquisa, assim como

estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde N 466/201 que trata sobre as pesquisas envolvendo seres humanos.

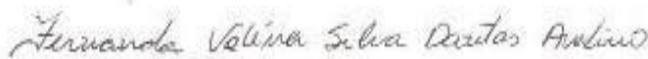
**Consentimento da participação da pessoa como sujeito**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG/CPF: \_\_\_\_\_, abaixo assino, concordo em participar do estudo intitulado “AÇÕES DE ENFERMAGEM COM FOCO NO GERENCIAMENTO DE RISCO EM AMBIENTE HOSPITALAR”, como participante. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízo.

Nome e assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para participação neste estudo.

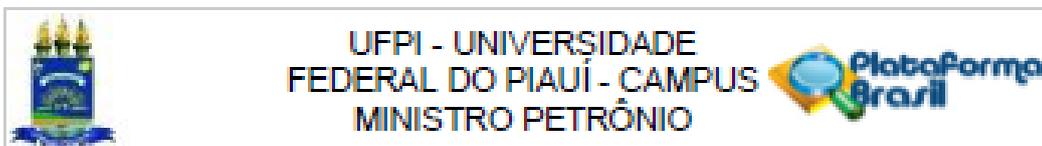
Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017



Assinatura do pesquisador responsável

**ANEXOS**

## ANEXO A



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Ações de enfermagem com foco no gerenciamento de risco em ambiente hospitalar

**Pesquisador:** FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79588917.0.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.404.180

## Apresentação do Projeto:

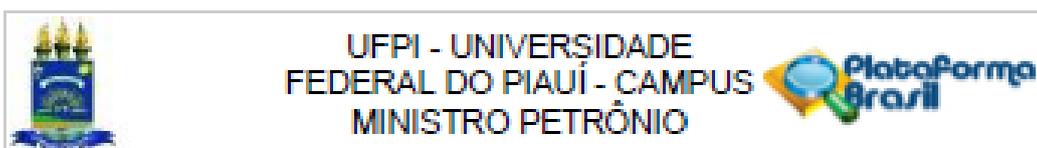
De acordo com a pesquisadora, trata-se de estudo com abordagem quantitativa, baseada no referencial metodológico da pesquisa convergente-assistencial (PCA). A pesquisa qualitativa estuda os fenômenos em seu cenário natural, tentando interpretá-los nos termos das significações que as pessoas dão para estes. A investigação de grupos é pertinente nesse tipo de abordagem, que também se volta para as histórias sociais e relações, pretendendo fazer uma análise de assuntos expostos e documentos. A PCA se caracteriza pela associação do processo de pesquisa e a prática assistencial em saúde, tem como característica manter durante seu processo essa estreita relação, com a finalidade de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças, introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação.

## Objetivo da Pesquisa:

## Objetivo Primário:

- Descrever o conhecimento dos profissionais sobre Gerenciamento de Risco e Segurança do paciente; Conhecer as atitudes dos enfermeiros diante dos riscos relacionados à segurança do paciente;
- Elencar as estratégias utilizadas para minimizar os riscos;
- Elaborar, coletivamente, um plano de ação voltado ao gerenciamento de riscos e a segurança do

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.040-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.404.100

paciente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A participação nessa pesquisa não representará qualquer risco de ordem física, no entanto, algumas questões do roteiro de entrevista ou mesmo a participação no grupo focal poderão causar desconforto e constrangimento. Para reduzir esse desconforto, os(as) participantes serão sensibilizados anteriormente a entrevista sobre o não julgamento da pesquisadora responsável sobre as respostas e as discussões em grupo. Os(as) participantes serão assegurados de que a utilização dos dados ocorrerá somente no âmbito da pesquisa.

**Benefícios:**

Sua participação não trará benefícios diretos aos participantes nesse momento, mas, no futuro, os resultados poderão contribuir para que possamos entender melhor o seu ambiente de trabalho e para propor ações voltadas à sua segurança e à segurança do paciente. Esta pesquisa ainda trará maior conhecimento sobre o tema abordado, visando obter benefícios futuros aos serviços e profissionais. Almeja-se contribuir com a prática assistencial do serviço de trabalhadores de enfermagem, para o ensino e pesquisa na área da segurança do paciente, assim como na qualificação desses profissionais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a área.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram anexados na plataforma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de pesquisa com parecer Aprovado e apto para início da coleta de dados.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1003529.pdf	31/10/2017 19:51:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_cep.pdf	31/10/2017 19:49:11	Ingrid Moura de Abreu	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
 UF: PI Município: TERESINA  
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer 2.004/16

Investigador	projeto_cep.pdf	31/10/2017 15:59:11	Ingrid Moura de Almeida	Aceito
TCEI / Termo de Assessoramento / Justificativa de Audiência	tcei.pdf	24/10/2017 09:53:16	Ingrid Moura de Almeida	Aceito
Curso	terceira_caracterizabilidade.pdf	11/10/2017 15:36:20	Ingrid Moura de Almeida	Aceito
Curso	curriculo_tecia.pdf	11/10/2017 15:36:30	Ingrid Moura de Almeida	Aceito
Curso	carta_resolvente_tecia.pdf	11/10/2017 15:34:56	Ingrid Moura de Almeida	Aceito
Declaração de Intenção e Infraestrutura	carta_intencao_tecia.pdf	11/10/2017 15:34:12	Ingrid Moura de Almeida	Aceito
Declaração de Preocupações	declaração_de_preocupacoes.pdf	11/10/2017 15:33:44	Ingrid Moura de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/10/2017 15:28:53	Ingrid Moura de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessária Apreciação da CONEP:

Não

Prof. Dr. Herbert de Sousa Galvão  
Coordenador CEP - UFPI  
Parecer PROPPG Nº 6/2017

TERESINA, 28 de Novembro de 2017

  
Assinado por  
Herbert de Sousa Galvão  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela - Pólo Retiro de Passagem  
Bairro: Sítio CEP: 64.068-600  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86) 31017-3101 Fax: (86) 31017-2000 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br