

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INGRID MOURA DE ABREU**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
AMBIENTE HOSPITALAR: UMA AVALIAÇÃO QUALITATIVA**

**Teresina  
2022**

INGRID MOURA DE ABREU

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
AMBIENTE HOSPITALAR: UMA AVALIAÇÃO QUALITATIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Área:** A Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

**Linha de pesquisa:** Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino

**Teresina**

**2022**

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Setorial do Campus Amílcar Ferreira Sobral  
Serviço de Processamento Técnico

A162i Abreu, Ingrid Moura de

Intervenção educativa sobre segurança do paciente em ambiente hospitalar: uma avaliação qualitativa / Ingrid Moura de Abreu. – 2022. 132f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Teresina, 2022. “Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino”

1. Segurança do paciente. 2. Enfermagem. 3. Contexto social. 4. Pesquisa qualitativa I. Título.

CDD: 614

INGRID MOURA DE ABREU

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
AMBIENTE HOSPITALAR: UMA AVALIAÇÃO QUALITATIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovado em:

**Banca examinadora:**

Profa. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino (Presidente)  
Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Piauí- UFPI

Profa. Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem (1ª Examinadora)  
Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Profa. Dra. Laurelize Pereira Rocha (2ª Examinadora)  
Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos (3ª Examinadora)  
Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Piauí - UFPI

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia (4ª Examinadora)  
Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Piauí - UFPI

Profa. Dra. Jaqueline Carvalho e Silva Sales (1º Suplente)  
Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof. Dra. Lidya Tolstenko Nogueira (2º Suplente)  
Coordenação de Enfermagem/Universidade Federal do Piauí - UFPI

Este trabalho é dedicado aos meus pais **Maria Rosa de Moura Abreu e Mário Gomes de Abreu** por todo amor, dedicação e ensinamentos, pois são a base de todas as minhas conquistas. E ao meu companheiro **Igho Leonardo do Nascimento Carvalho**, a minha maior fonte de inspiração, força, determinação e incentivo.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pois sem ele não seria possível a realização deste sonho.

**Universidade Federal do Piauí** por ser minha casa nesses 10 anos de formação, e ao seu **corpo docente** por fazer parte de tudo isso.

Aos meus pais, **Maria Rosa de Moura Abreu e Mário Gomes de Abreu**, por sempre lutarem para me proporcionar a melhor criação e educação.

Ao meu irmão, **Ícaro Moura de Abreu**, como irmã mais velha desejo ser sempre um espelho e seu exemplo.

Ao meu amor, **Igho Leonardo do Nascimento Carvalho**, por ser mais que um companheiro, trilhando comigo este caminho, me orientando, me ajudando, dividindo alegrias e aflições. Você foi peça fundamental para a conclusão deste trabalho.

A toda minha **família**, em especial tio **Irisvalto**, **Jéssica**, tia **Josilene**, tio doutor (**José da Paz**), **Janmilla** e **Jayla**, que sempre acreditaram no meu potencial e torceram por meu crescimento profissional, e não poderia deixar de citar os pequenos amados **Pedro Neto** e **Isabela**.

Às minhas amigas, **Paloma**, **Raíssa**, **Cyntian**, **Laurianne**, **Kelly**, **Mayra** e **Letânia** pela torcida, amizade e por sempre estar me apoiando e ajudando a superar meus limites.

Aos demais amigos conquistados na UFPI, em especial, **Ana Paula**, **Daniel** e minha amiga e irmã de orientadora, **Priscila**, por ser o ombro amigo nas horas de necessidade e por vibrarmos juntas a cada etapa realizada da pesquisa.

À minha orientadora, **Profa. Fernanda Avelino**, por ter me orientado nesse caminho da pesquisa e pelos quase 10 anos de muito trabalho e estudos juntas, desde a graduação.

Às professoras **Jamila, Laurelize, Ana Maria, Márcia, Jaqueline e Lidya**, pelo pronto aceite em avaliar este trabalho e pelas importantes contribuições para seu fortalecimento.

Aos colaboradores do **Hospital Regional Tibério Nunes** pela parceria. O seu apoio foi fundamental para a concretização desta pesquisa.

Aos **participantes do estudo** que representaram minha fonte de conhecimento.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para minha formação e este trabalho, o meu muito obrigada!

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

*(Arthur Schopenhauer)*



## RESUMO

ABREU, Ingrid Moura. **Intervenção educativa sobre segurança do paciente em ambiente hospitalar**: uma avaliação qualitativa. 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina- PI, 2022.

**Introdução:** O uso de estratégias educativas é apontado como um elemento facilitador para superar os desafios e promover a segurança do paciente. Nesse cenário, o entendimento sobre os mecanismos de ação e condições do contexto que contribuem ou prejudicam o desenvolvimento de intervenções é pertinente e tem papel fundamental na compreensão da implementação, suas implicações e fatores associados à obtenção de resultados para a segurança do paciente, visto que possibilita uma investigação mais profunda de condições estruturais e sociais envolvidas. **Objetivo:** Analisar a influência do contexto na implementação e resultados de uma intervenção educativa sobre segurança do paciente em ambiente hospitalar. **Trajetória metodológica:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação, desenvolvida com profissionais de enfermagem vinculados a um hospital estadual localizado no município de Floriano, Piauí, Brasil. A produção de dados ocorreu em três etapas: A primeira etapa foi desenvolvida por meio de entrevistas individuais semiestruturadas com uma amostra de 22 participantes; a segunda ocorreu com a aplicação de uma intervenção educativa por meio de um curso de formação complementar denominado “Segurança do paciente: Noções Básicas e Estratégias de Promoção”, aplicado a 74 profissionais; e a terceira com a realização de três Grupos Focais, com amostra de 19 participantes. A análise qualitativa dos dados foi realizada com auxílio do *software* IRAMUTEQ, para análise de conteúdo foi adotada a técnica de análise temática, os dados foram interpretados à luz da teoria contextualista de Pettigrew. A coleta de dados ocorreu após autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí e de acordo com os preceitos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. **Resultados:** Das análises emergiram cinco categorias: a primeira com a descrição dos participantes; a segunda “Significados, percepções e comportamentos: o contexto simbólico para a segurança do paciente”, a qual originou as subcategorias “O contexto simbólico na perspectiva dos profissionais de enfermagem sobre segurança do paciente” e “O contexto nas vivências e experiências com a segurança do paciente”; a terceira “Suporte organizacional para a segurança do paciente: a base relacional e o contexto institucional”; a quarta “Instrumentalizar para a segurança do paciente: o contexto material” e a quinta “A intervenção educativa no processo de construção do conhecimento e boas práticas relacionadas à segurança do paciente”. **Conclusão:** O estudo permitiu analisar a influência das dimensões do contexto simbólica, institucional/relacional e material na implementação e resultados da intervenção educativa sobre segurança do paciente em ambiente hospitalar, demonstrando que existe uma relação de dependência entre elas e a importância do seu fortalecimento em conjunto para obtenção de sucesso em processos de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; Enfermagem; Contexto social; Pesquisa qualitativa.

## ABSTRACT

ABREU, Ingrid Moura. **Educational intervention on patient safety in a hospital environment**: a qualitative assessment. 2022. Thesis (PhD in Nursing). Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Piauí, Teresina-PI, 2022.

**Introduction:** The use of educational strategies is seen as a facilitating element to overcome challenges and promote patient safety. In this scenario, understanding the action mechanisms and context conditions that contribute to or hinder the development of interventions is relevant and plays a fundamental role in understanding the implementation, its implications and factors associated with achieving results for patient safety, since enables a deeper investigation of the structural and social conditions involved. **Objective:** To analyze the influence of context on the implementation and results of an educational intervention on patient safety in a hospital environment. **Methodological trajectory:** This is a research with a qualitative approach, of the exploratory-descriptive type, developed with nursing professionals linked to a state hospital located in the municipality of Floriano, Piauí, Brazil. Data production took place in three stages: The first stage was developed through individual semi-structured interviews with a sample of 22 participants; the second occurred with the application of an educational intervention through a complementary training course called "Patient Safety: Basic Notions and Promotion Strategies", applied to 74 professionals; and the third with three Focus Groups, with a sample of 19 participants. The qualitative analysis of the data was carried out with the help of the IRAMUTEQ software, for content analysis the thematic analysis technique was adopted, the data were interpreted in the light of Pettigrew's contextualist theory. Data collection took place after authorization by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí and in accordance with the ethical precepts of research involving human beings. **Results:** Five categories emerged from the analysis: the first with the description of the participants; the second "Meanings, perceptions and behaviors: the symbolic context for patient safety", which originated the subcategories "The symbolic context in the perspective of nursing professionals on patient safety" and "The context in the experiences and experiences with safety" of the patient"; the third "Organizational support for patient safety: the relational basis and institutional context"; the fourth "Instrumentalize for patient safety: the material context" and the fifth "Educational intervention in the process of building knowledge and good practices related to patient safety". **Conclusion:** The study allowed us to analyze the influence of the symbolic, institutional/relational and material context dimensions in the implementation and results of the educational intervention on patient safety in a hospital environment, demonstrating that there is a relationship of dependence between them and the importance of their strengthening in together to achieve success in quality improvement and patient safety processes.

**Keywords:** Patient Safety; Nursing; Social Environment; Qualitative Research.

## RESUMEN

ABREU, Ingrid Moura. **Intervención educativa sobre seguridad del paciente en un ambiente hospitalario**: una evaluación cualitativa. 2022. Tesis (Doctorado en Enfermería). Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Piauí, Teresina-PI, 2022.

**Introducción:** El uso de estrategias educativas es visto como un elemento facilitador para superar desafíos y promover la seguridad del paciente. En este escenario, comprender los mecanismos de acción y las condiciones del contexto que contribuyen o dificultan el desarrollo de las intervenciones es relevante y juega un papel fundamental en la comprensión de la implementación, sus implicaciones y factores asociados al logro de resultados para la seguridad del paciente, ya que posibilita una investigación más profunda de las mismas. las condiciones estructurales y sociales implicadas. **Objetivo:** Analizar la influencia del contexto en la implementación y resultados de una intervención educativa sobre seguridad del paciente en un ambiente hospitalario. Trayectoria metodológica: Se trata de una investigación con enfoque cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo, desarrollada con profesionales de enfermería vinculados a un hospital estatal ubicado en el municipio de Floriano, Piauí, Brasil. La producción de datos se llevó a cabo en tres etapas: la primera etapa se desarrolló a través de entrevistas individuales semiestructuradas con una muestra de 22 participantes; el segundo se dio con la aplicación de una intervención educativa a través de un curso de formación complementario denominado “Seguridad del Paciente: Nociones Básicas y Estrategias de Promoción”, aplicado a 74 profesionales; y el tercero con tres Grupos Focales, con una muestra de 19 participantes. El análisis cualitativo de los datos se realizó con la ayuda del software IRAMUTEQ, para el análisis de contenido se adoptó la técnica de análisis temático, los datos se interpretaron a la luz de la teoría contextualista de Pettigrew. La recolección de datos ocurrió después de la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí y de acuerdo con los preceptos éticos de la investigación con seres humanos. **Resultados:** Del análisis surgieron cinco categorías: la primera con la descripción de los participantes; la segunda “Significados, percepciones y comportamientos: el contexto simbólico para la seguridad del paciente”, que originó las subcategorías “El contexto simbólico en la perspectiva de los profesionales de enfermería sobre la seguridad del paciente” y “El contexto en las vivencias y vivencias con la seguridad” del paciente ”; el tercero “Apoyo organizacional para la seguridad del paciente: la base relacional y el contexto institucional”; el cuarto “Instrumentalizar para la seguridad del paciente: el contexto material” y el quinto “Intervención educativa en el proceso de construcción de conocimientos y buenas prácticas relacionadas con la seguridad del paciente”. **Conclusión:** El estudio permitió analizar la influencia de las dimensiones del contexto simbólico, institucional/relacional y material en la implementación y resultados de la intervención educativa sobre seguridad del paciente en un ambiente hospitalario, demostrando que existe una relación de dependencia entre ellas y el importancia de su fortalecimiento en conjunto para lograr el éxito en los procesos de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

**Palabras Clave:** Seguridad del Paciente; Enfermería; Medio Social; Investigación Cualitativa.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Modelo do queijo suíço de James Reason	<b>25</b>
<b>Figura 2</b>	Tríade processo-conteúdo-contexto	<b>36</b>
<b>Figura 3</b>	Fluxograma representativo das atividades desenvolvidas na produção dos dados. Teresina, PI. 2022	<b>43</b>
<b>Figura 4</b>	Noções de Corpus, Texto e Segmento de texto	<b>52</b>
<b>Figura 5</b>	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente. Teresina, PI. 2022	<b>54</b>
<b>Figura 6</b>	Classificação Hierárquica Descendente dos resumos no plano cartesiano. Teresina, PI. 2022	<b>55</b>
<b>Figura 7</b>	Organograma das Classes da Classificação Hierárquica Descendente. Teresina, PI. 2022	<b>56</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AFC</b>	Análise Fatorial por Correspondência
<b>AHRQ</b>	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>AT</b>	Análise Temática
<b>CC</b>	Centro Cirúrgico
<b>CHD</b>	Classificação Hierárquica Descendente
<b>CISP</b>	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>EA</b>	Eventos Adversos
<b>EPI</b>	Equipamento de Proteção Individual
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>EV</b>	Endovenosa
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FURG</b>	Universidade Federal do Rio Grande
<b>GF</b>	Grupo Focal
<b>GPESP-SAE</b>	Grupo de Pesquisa em Segurança do Paciente e Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ICS</b>	Infecções da Corrente Sanguínea
<b>ICV</b>	Iniciação Científica Voluntária
<b>IOM</b>	<i>Institute of Medicine</i>
<b>IRAMUTEQ</b>	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
<b>IRAS</b>	Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde
<b>ITU</b>	Infecções do Trato Urinário
<b>JCI</b>	<i>Joint Commission International</i>
<b>LPP</b>	Lesão Por Pressão
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NEPS</b>	Núcleo de Educação Permanente em Saúde

<b>NOTIVISA</b>	Sistema Nacional de Notificação para Vigilância Sanitária
<b>NSP</b>	Núcleo de Segurança do Paciente
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAV</b>	Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica
<b>PCA</b>	Pesquisa Convergente Assistencial
<b>PIBIC</b>	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
<b>PNSP</b>	Programa Nacional de Segurança do Paciente
<b>POP</b>	Procedimento Operacional Padrão
<b>PPEB</b>	Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil
<b>PREXC</b>	Pró- Reitoria de Extensão e Cultura
<b>RDC</b>	Resoluções da Diretoria Colegiada
<b>SESAPI</b>	Secretaria de Saúde do Piauí
<b>SIGAA</b>	Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas
<b>SOBRASP</b>	Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente
<b>ST</b>	Segmentos de Texto
<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>UFPI</b>	Universidade Federal do Piauí
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1	Questão norteadora.....	21
1.2	Objeto de estudo .....	21
1.3	Justificativa e relevância.....	21
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
2.1	Objetivo geral .....	23
2.2	Objetivos específicos.....	23
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO .....</b>	<b>24</b>
3.1	Histórico e evolução da segurança do paciente .....	24
3.2	Conhecimento de profissionais da saúde sobre segurança do paciente .....	29
3.3	Ações educativas envolvendo a segurança do paciente .....	33
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>36</b>
4.1	Gestão de mudanças organizacionais no âmbito da saúde .....	36
4.2	Aspectos contextuais no estudo de intervenções para melhoria da segurança do paciente.....	38
<b>5</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>41</b>
5.1	Tipo de estudo.....	41
5.2	Cenário do estudo .....	41
5.3	Participantes do estudo .....	42
5.4	Procedimentos de produção dos dados .....	43
5.4.1	Fluxograma do estudo.....	43
5.4.2	Primeira etapa de produção dos dados – Entrevistas individuais .....	44
5.4.3	Segunda etapa de produção dos dados - Intervenção educativa.....	46
5.4.4	Terceira etapa de produção dos dados – Grupos Focais.....	49
5.5	Organização, análise e interpretação dos dados .....	51
5.6	Aspectos éticos .....	57
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>59</b>
6.1	Descrição dos participantes .....	59
6.2	Significados, percepções e comportamentos: o contexto simbólico para a segurança do paciente .....	60

6.2.1	O contexto simbólico na perspectiva dos profissionais de enfermagem sobre segurança do paciente .....	61
6.2.2	O contexto nas vivências e experiências com a segurança do paciente.....	66
6.3	Suporte organizacional para a segurança do paciente: a base relacional e o contexto institucional .....	72
6.4	Instrumentalizar para a segurança do paciente: o contexto material .....	82
6.5	A intervenção educativa no processo de construção do conhecimento e de boas práticas relacionadas à segurança do paciente .....	86
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>96</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>112</b>
	<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>114</b>
	<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>118</b>
	<b>APÊNDICE D .....</b>	<b>121</b>
	<b>APÊNDICE E .....</b>	<b>125</b>
	<b>ANEXO A.....</b>	<b>128</b>
	<b>ANEXO B.....</b>	<b>129</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre segurança do paciente, entendida como redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (OMS, 2009a), ganhou destaque nos últimos anos do século XX e ao longo das primeiras décadas do século XXI. Com destaque para a publicação do relatório do *Institute of Medicine* (IOM) intitulado *To Err is Human*. Neste relatório o IOM estimou que ocorriam 44 a 98 mil mortes por ano nos Estados Unidos da América (EUA) decorrentes de erros no cuidado hospitalar, a taxa de mortalidade calculada neste país a partir dessa estimativa supera as taxas de mortalidade do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), câncer de mama e atropelamentos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A partir do relatório, outros estudos observacionais foram realizados em diferentes países para investigar os incidentes com dano, também conhecidos como Eventos Adversos (EA) (OMS, 2009a) e avaliar as consequências dos erros na assistência aos pacientes em hospitais (BRENNAN *et al.* 1991; VINCENT *et al.*, 2001; WILSON *et al.*, 1999). A preocupação com os danos evitáveis durante o cuidado em saúde estimula, desde então, o estudo e implementação de iniciativas para melhoria da segurança do paciente, muitos sistemas de saúde em todo o mundo lançaram programas com esse objetivo (OMS, 2021).

Mesmo com todos os esforços, a ocorrência de incidentes relacionados à assistência ainda persiste. De acordo com o Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20 publicado em 2018 no Brasil, os Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) notificaram 103.275 incidentes por meio do Sistema Nacional de Notificação para Vigilância Sanitária (NOTIVISA), destes, a maioria nas regiões Sudeste e Nordeste (40% e 21,3%, respectivamente). O hospital é a categoria de serviço que mais realiza notificações (96.113 incidentes) e os setores de internação, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), urgência e emergência e Centro Cirúrgico (CC) foram as unidades de maior ocorrência (BRASIL, 2018a).

Ainda sobre o Boletim, os incidentes mais frequentes no ano de 2018 foram “Falhas durante a assistência à saúde” (n=25.278), “Lesão por pressão (LPP)” (n=19.297), “Quedas de pacientes” (n=11.372) e as “Falhas na identificação do paciente” (n=6.788), a maioria destes classificados como grau de dano leve (n=53.920). Nesse mesmo ano, foram reportados 492 óbitos decorrentes dos EA,

sendo a maioria devido à “Falhas durante à assistência” (n=217), correspondendo a 44,1 % do total de óbitos de EA. Com relação aos *Never Events* (eventos que nunca deveriam ocorrer nos serviços de saúde) foram notificados em sua maioria as LPP estágios III (72%) e IV (21%) (BRASIL, 2018a).

Países mais desenvolvidos da América do Norte, Europa, Austrália e em regiões da Ásia e do Oriente Médio, as informações em notificações de incidentes e os resultados de pesquisa apontam um padrão mais consistente. Em contraste com países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil, onde as informações disponíveis sobre os tipos de danos associados ao cuidado de saúde são limitadas e a subnotificação é uma realidade (OMS, 2021).

Os sistemas de notificação detectam apenas sete a 15% dos EA (OMS, 2021), essa subnotificação é decorrente da cultura predominante no ambiente, na qual os incidentes são vistos como uma base para reforçar a responsabilização individual e atribuição de culpa; além do desconhecimento acerca do processo de notificação, falta de protocolos e diretrizes, dificultando o preenchimento; e ainda a sobrecarga de trabalho, esquecimento e a não valorização dos EA em saúde (MASCARENHAS *et al.*, 2019).

Para que seja incorporada à rotina dos profissionais, as notificações precisam fazer parte de uma cultura de compreensão sobre como o dano ocorre, da determinação das fontes de risco aos pacientes, associadas a um bom entendimento de que todos são responsáveis por esse processo de investigação e implementação de mudanças com base nos aprendizados. Consequentemente, é fundamental estimular, por meio de orientação, informação e incentivo, a participação dos profissionais nesse processo e no fortalecimento de uma cultura de segurança (MASCARENHAS *et al.*, 2019; MOURÃO; OLIVEIRA, 2019).

Entendida como o conjunto de valores, atitudes e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o comprometimento com o gerenciamento de saúde e segurança de uma organização, a cultura de segurança é o elemento central de muitas iniciativas para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado em saúde. A comunicação do erro e sua notificação são atitudes positivas para seu desenvolvimento, assim como o trabalho em equipe, comunicação efetiva entre os profissionais, liderança ativa, envolvimento de todos, simplificação dos processos e realização de treinamentos constantes (BRASIL, 2013a).

Promover a qualidade assistencial é um desafio a ser enfrentado pelos profissionais e instituições de saúde. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como uma possibilidade de aprendizagem capaz de ampliar a capacidade de autoavaliação e autogestão para a segurança do paciente. Auxilia no conhecimento e reconhecimento das situações de risco, o que precisa ser resolvido e melhorado, para assim, articular intervenções que promovam um cuidado mais seguro no cenário da saúde (SANTOS *et al.*, 2020).

O uso de estratégias educativas foi apontado como um elemento facilitador para vencer os desafios e promover a segurança do paciente, à medida que se utiliza da problematização da realidade local com foco na construção de conhecimentos e capacitação de profissionais. No sentido de transpor os conceitos de educação em serviço e de educação continuada, oportuniza a transformação das práticas assistenciais por meio da reflexão crítica, fortalecendo a cultura de segurança do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2017a).

A equipe de saúde, especificamente a de enfermagem, tem grande responsabilidade na prevenção de EA, ainda assim os profissionais de saúde são pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com os erros. A segurança do paciente precisa ser problematizada e discutida de forma séria e responsável, no entanto o seu ensino e abordagem é relativamente recente e não faz parte dos programas ou objetivos curriculares (WEGNER *et al.*, 2016).

Considerando o reconhecimento de que a segurança é um fator significativo nos cuidados em saúde, infere-se que é o momento de as instituições de ensino repensarem a inserção do tema aos alunos do ensino técnico, graduação e pós-graduação, pois é um conhecimento que fomentará o desenvolvimento de competências e habilidades importantes a futuros profissionais de saúde, além de ser o quinto objetivo do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído pela Portaria nº529/2013 (BRASIL, 2013a; LAURINDO; VARALLO; NADAI, 2021).

Os treinamentos em serviço por meio de cursos de formação complementar são possibilidades de intervenção educativa para apresentar a segurança do paciente. Além de ser um método de qualificação profissional e de revisão de conteúdo, provocam os profissionais de saúde para uma reflexão sobre suas práticas e condutas, podendo ser um passo importante para o desenvolvimento de uma cultura de segurança (WEGNER *et al.*, 2016).

Neste cenário, com objetivo de minimizar a deficiência citada, a implementação de cursos de formação complementar, intervenção educativa escolhida para esta pesquisa, pode aumentar o envolvimento dos profissionais, melhorar a consciência da importância do trabalho em equipe, a adesão a práticas seguras, a comunicação dos riscos e das notificações dos EA, a fim de analisá-los, corrigi-los e preveni-los (MASCARENHAS *et al.*, 2019).

Essas intervenções, realizadas por meio de cursos com exposições dialogadas, se destacam, pois favorecem o aumento do conhecimento, levando os profissionais a discutirem sobre a temática, e o caráter de curta duração facilita a participação e adesão (MARINHO *et al.*, 2018a).

O estudo e avaliação dos resultados de intervenções educativas possibilita o desenvolvimento de estratégias para o comprometimento em relação à segurança por parte de todos os profissionais (CARVALHO *et al.*, 2018). Além disso, ao avaliar a sua implementação é possível conhecer os fatores que influenciam na efetividade e descobrir as causas que contribuíram para o resultado alcançado (TSAI; PONTES; CAPUCHO, 2020).

As pesquisas de avaliação utilizando desenho de estudo com abordagem quantitativa são utilizadas com frequência significativa. No entanto, quando o objetivo é não só verificar se as intervenções funcionam, mas também compreender o “como” e “porquê”, a abordagem qualitativa permite conhecer as experiências, fatores que influenciam e os processos em profundidade. Dessa forma, complementa o conhecimento fornecido pela pesquisa quantitativa (PINTO; CAMPOS; SIQUEIRA, 2018).

A implementação de intervenções educativas, como cursos de formação complementar, pode apresentar implicações e resultados distintos dependendo do contexto em que são realizadas. Isso deriva da interação entre a própria intervenção (o que), o processo de mudança (como) e o contexto da mudança (onde) (PETTIGREW; WHIPP, 1993). O contexto, objeto de estudo desta tese, pode ser entendido como uma gama diversificada de condições que influenciam a implementação, eficácia, disseminação e sustentabilidade de iniciativas, também é descrito como os sistemas subjacentes, cultura e circunstâncias do ambiente em que uma intervenção é implementada (COLES *et al.*, 2020).

Visto isso, compreender os mecanismos envolvidos no nível de sucesso obtido a partir da implementação de uma intervenção educativa sobre segurança do paciente

permite capturar em que medida a intervenção foi implementada e analisar os fatores do contexto que influenciaram, possibilitando uma investigação mais profunda das condições estruturais e sociais envolvidas (BRAITHWAITE *et al.*, 2017).

Entende-se, então, que intervenções destinadas à melhoria da segurança do paciente abrangem um aspecto técnico e um aspecto sociocultural, e que se este último não for levado em consideração, o primeiro tem grande chance de fracassar (GRANJA; JANSSEN; JOHANSEN, 2018; KAPLAN *et al.*, 2010). Dessa forma, a tese ora defendida é que o contexto influencia na implementação e resultados de cursos de formação complementar para a segurança do paciente, compreendidos como intervenções educativas.

### **1.1 Questão norteadora**

Como o contexto influencia na implementação e resultados de uma intervenção educativa sobre segurança do paciente?

### **1.2 Objeto de estudo**

Delimita-se como objeto de estudo o contexto e sua influência na implementação e resultados de uma intervenção educativa sobre segurança do paciente com profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar.

### **1.3 Justificativa e relevância**

O conhecimento sobre a segurança do paciente é uma ferramenta importante para auxiliar na redução de erros e riscos no cuidado em saúde, evitando danos ao paciente, no entanto existe uma deficiência na formação dos profissionais da área quando se trata desse tema, dessa forma, estes já chegam no mercado de trabalho com essa carência de conhecimento. Portanto, lança-se mão de intervenções educativas, como cursos de formação complementar para minimizar essas lacunas e fragilidades.

Considerando o âmbito hospitalar, observa-se, ainda, a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança do paciente, para isso é indispensável além do entendimento sobre a segurança, a consciência da sua importância e dos fatores

envolvidos para alicerçar a aplicação de medidas de prevenção contra erros e promoção da qualidade do cuidado em saúde.

A proposta da intervenção educativa surge nesse cenário, como uma estratégia de EPS que visa mobilizar os profissionais por meio de um processo formativo que oferece subsídios na tomada de decisão e promove suporte para um ambiente seguro. Nesse sentido, o estudo justifica-se pela necessidade de entender os fatores relacionados ao contexto que influenciam na obtenção ou não do sucesso a partir da intervenção, bem como as implicações dessa intervenção e sua repercussão no conhecimento e na prática assistencial.

A implementação, os resultados e possíveis melhorias consequentes de intervenções educativas, como cursos de formação complementar, são dependentes do contexto em que acontecem. Para que a partir da implementação de uma intervenção se obtenha sucesso, é preciso haver uma estreita ligação entre a intervenção e o meio em que está sendo implementada, ou seja, um ambiente favorável a mudanças e sua permanência. Portanto, tão relevante quanto desenvolver a intervenção sobre segurança do paciente, é entender os fatores contextuais que influenciam no nível de sucesso obtido a partir da sua implementação.

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 enfermagem.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a influência do contexto na implementação e resultados de uma intervenção educativa sobre segurança do paciente em ambiente hospitalar.

### **2.2 Objetivos específicos**

Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa;

Analisar o contexto para implementação de intervenção educativa sobre segurança do paciente;

Discutir as implicações da intervenção educativa sobre segurança do paciente no conhecimento e prática assistencial na perspectiva dos profissionais de enfermagem, considerando o contexto.

### 3 REFERENCIAL TEMÁTICO

#### 3.1 Histórico e evolução da segurança do paciente

Ao tratar da segurança do paciente, discorre-se acerca de uma preocupação global de saúde pública, ainda que seja um movimento que ganhou força nas últimas décadas, a preocupação com a minimização dos riscos e danos ao paciente é presente há mais de 2 mil anos. Hipócrates, o pai da medicina, já ressaltava o seguinte juramento: “*Primum non nocere*”, traduzido como “Primeiro não causar dano”, em sua fala era possível perceber que mesmo em um contexto assistencial pouco desenvolvido, o cuidado em saúde é passível de erro e a segurança do paciente um objetivo a ser alcançado (WACHTER, 2013).

Contribuindo também para uma assistência de qualidade e segurança, em 1846, o médico húngaro Ignaz Philip Semmelweis descobriu que a incidência de infecções puerperais e mortes maternas poderiam ser reduzidas com a higienização adequada das mãos (BRASIL, 2009a). Em 1859, Florence Nightingale, pioneira no tratamento dos feridos de guerra, já alertava para a importância das medidas de higiene e condições sanitárias dos hospitais, enunciando como o seu primeiro dever, o de não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 1863).

Sobre qualidade, Avedis Donabedian foi um estudioso que desde a década de 60 afirmava que no serviço de saúde a qualidade baseia-se na sistematização do conhecimento das organizações por meio da tríade estrutura-processo-resultado. A estrutura corresponde aos atributos dos setores onde os cuidados são prestados (recursos físicos, humanos, materiais e financeiros). O processo são todas as atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados. Os resultados referem-se às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos usuários do sistema (DONABEDIAN, 1999).

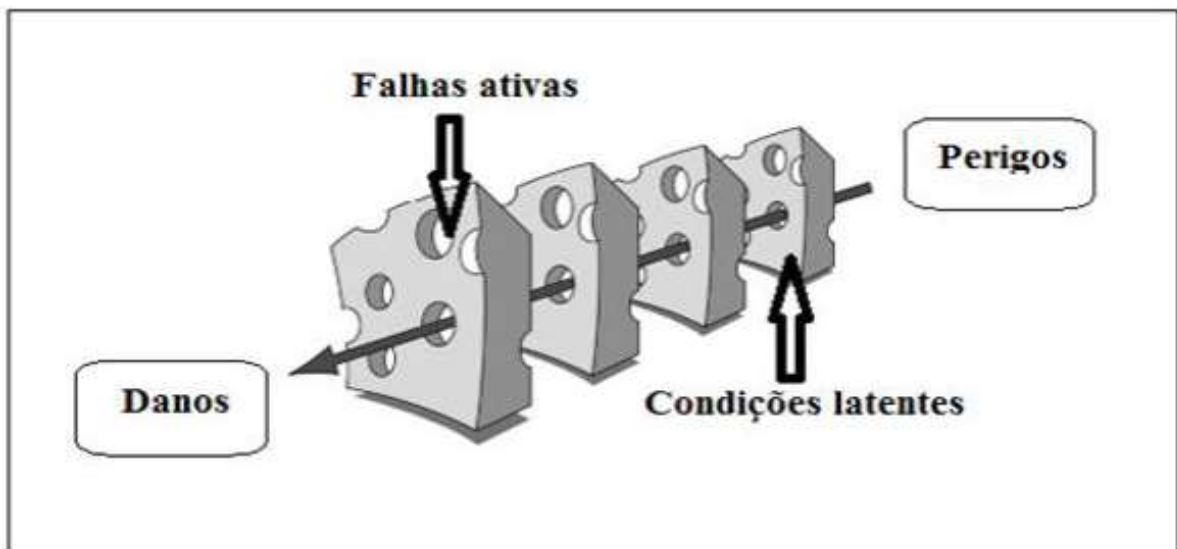
Segundo Donabedian, sete são os atributos dos cuidados de saúde que definem sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses atributos ajudaram a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde. No início deste século, o IOM passou a incorporar a segurança do paciente como um dos seis atributos da qualidade, juntamente com a efetividade, centralidade no paciente, oportunidade do cuidado, eficiência e a



equidade, definindo a qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de alcançar resultados esperados (BRASIL, 2014).

Em 1990 houve um grande avanço, com a publicação por James Reason, do livro intitulado *Human Error*, o primeiro de uma série sobre segurança do paciente. O autor definiu o erro como a incapacidade de uma ação planejada ser concluída (erro de execução) ou o uso de uma estratégia inadequada, trouxe, ainda, a compreensão de como os erros ocorrem, por meio do modelo do “queijo suíço” (Figura 1) (REASON, 2000).

**Figura 1-** Modelo do queijo suíço de James Reason



Fonte: Adaptado de Reason (2000).

O modelo de Reason propõe que existem as falhas ativas (ocorrem na ponta) e as condições latentes (ocorrem no processo). As primeiras correspondem a falhas a nível operacional, analogicamente às instituições de saúde, são aquelas cometidas pelos profissionais envolvidos no cuidado direto ao paciente. As condições latentes podem ocasionar as primeiras e correspondem aquilo que ocorre dentro do sistema, a nível organizacional, como a carga de trabalho excessiva, recursos humanos insuficientes, ausência de protocolos bem estabelecidos, entre outros. Reason afirma que é preciso diminuir as condições latentes (orifícios do queijo) e assim criar “barreiras” para impedir que os erros ocorram e os perigos se tornem danos reais aos pacientes (REASON, 2000).

Ainda na década de 90, nos EUA, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) foi criada com finalidade de contribuir com a qualidade, segurança,

eficiência e efetividade do cuidado à saúde para os americanos (AHRQ, 2001). A nível nacional, em 1999 foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a sua criação foi instituída pela Lei nº 9.782 e também define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A agência tem como missão proteger e promover a saúde da população a partir da ação diante dos riscos decorrentes dos serviços sujeitos à vigilância sanitária, em ação coordenada e integrada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1999).

Após a publicação do relatório do IOM em 1999, *To err is human: Building a safety health system*, o assunto tornou-se uma prioridade de debate público em todo o mundo (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Logo na 55ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em maio de 2002, foi recomendada à OMS e aos países membros uma maior atenção ao problema relacionado a segurança do paciente. As primeiras iniciativas no Brasil vieram ainda em 2002 com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Anvisa, com missão de realizar a busca ativa de EA, notificação e uso das tecnologias em saúde (BRASIL, 2014).

Em 2004 a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência à saúde e apoiar os países membros no desenvolvimento de políticas públicas e práticas seguras em todo o mundo. Diante disso, os envolvidos exercem compromisso político, lançando planos e realizando iniciativas visando garantir a segurança do paciente (ANVISA, 2011).

Um elemento característico do trabalho desenvolvido pela Aliança é a formulação de desafios globais para a segurança do paciente, a cada dois anos um novo desafio é lançado para estimular o comprometimento e destacar temas correlacionados a uma área de risco identificada em comum a todos os países membros da OMS. O primeiro desafio global, lançado em 2005, focou na prevenção e redução das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS), envolvendo higienização das mãos, procedimentos clínicos seguros, segurança no manejo de sangue e hemoderivados, administração segura de injetáveis, segurança da água e controle de resíduos (WHO, 2005).

O segundo desafio global, lançado em 2008, estava direcionado para a segurança cirúrgica em serviços de saúde. Devido a necessidade de se investir na busca pela melhoria da qualidade e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, o novo desafio contempla a prevenção de infecções de sítio cirúrgico,

anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência segura (OMS, 2009b).

Em 2009 foi criado o Notivisa 2.0, trata-se de um sistema informatizado na plataforma WEB (internet), em âmbito de atuação municipal, estadual, distrital ou federal, desenvolvido para receber notificações de incidentes, EA e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária (BRASIL, 2009b).

Paralelamente, a taxonomia e Classificação Internacional para Segurança do Paciente (CISP) é publicada pela OMS servindo de subsídio para harmonização conceitual, facilitando a comparação, medição, análise e interpretação de informações para melhorar o cuidado do paciente. A CISP traz conceitos-chave, definições e termos importantes, como (OMS, 2009a):

- Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde;
- Cultura de segurança: cultura onde todos aceitam as responsabilidades, que prioriza a segurança acima do financeiro e operacional, que estimula e recompensa a identificação e comunicação de questões de segurança, que fornece recursos e estrutura para manter sistemas eficazes;
- Erro: falha ao executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto;
- Risco: probabilidade de um incidente acontecer;
- Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção;
- Incidente: evento que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente;
- Circunstância notificável: Potencial significativo para o dano, mas o incidente não ocorreu;
- *Near miss* (quase erro): incidente que não atingiu o paciente;
- Incidente sem dano: incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano;
- Incidente com dano (Evento Adverso): incidente que resultou em dano ao paciente.

No ano de 2013, o Brasil deu mais um passo nas iniciativas relacionadas à segurança do paciente, foi instituído por meio da portaria nº 529/13 o PNSP. O programa propõe um conjunto de medidas para prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde, os eixos são o estímulo às práticas assistenciais seguras nos hospitais, envolvimento do cidadão na sua segurança, o incremento de pesquisas sobre segurança do paciente e a inclusão do tema segurança do paciente no ensino (BRASIL, 2013a).

Por ser um tema relativamente novo para a maioria dos educadores da área, a OMS lançou um Guia Curricular de Segurança do Paciente, que visa auxiliar as instituições acadêmicas na introdução da temática na formação, fornecendo abordagens educacionais e uma variedade de conceitos e métodos de ensino e de avaliação. O guia foi elaborado para ser integrado às estruturas curriculares da formação de profissionais da área da saúde já existentes, atender necessidades específicas e ser aplicado em diferentes culturas e contextos (WHO, 2011).

Posteriormente foi publicada a RDC nº 36/2013, que subsidiou a criação dos NSPs nos estabelecimentos de saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas de promoção da segurança do paciente (BRASIL, 2013b). Os NSPs são responsáveis pela elaboração do plano de segurança da instituição, apontando estratégias e ações para promoção, prevenção e mitigação dos incidentes relacionados ao cuidado (BRASIL, 2014).

O PNSP definiu como estratégia a elaboração e implantação de um conjunto de protocolos básicos de segurança do paciente, são eles: Identificação do paciente; Prevenção de úlcera por pressão; Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; Cirurgia segura; Higiene das mãos em serviços de saúde; Prevenção de quedas. Esses protocolos são voltados para propiciar uma assistência segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d).

Considerando a relevância do uso seguro de medicamentos, em 2017 foi lançado o tema do terceiro desafio global de segurança do paciente da OMS, “Medicação sem danos”, o objetivo desse desafio é conscientizar, conseguir a participação dos países membros e sensibilizar profissionais em todo o mundo em torno de questões relacionadas à segurança no uso de medicamentos (WHO, 2017).

As iniciativas continuaram e as seis metas internacionais para segurança do paciente criadas pela OMS juntamente com a *Joint Commission International* (JCI)

foram ainda mais reforçadas: 1. Identificar corretamente o paciente; 2. Melhorar a comunicação entre as equipes; 3. Uso seguro dos medicamentos de alta vigilância; 4. Garantir cirurgias seguras; 5. Redução dos riscos de IRAS; 6. Redução do risco de danos decorrentes de quedas (JCI, 2017).

Em 2019, com finalidade de aumentar ainda mais a consciência e envolvimento, melhorando a compreensão global e os trabalhos dos países membros em prol do movimento, foi aprovada durante a 72<sup>o</sup> Assembleia Mundial da Saúde a criação do dia mundial da segurança do paciente, a ser marcado anualmente em 17 de setembro (WHO, 2019).

Os países membros devem assumir o compromisso de reconhecer a segurança do paciente como prioridade nas políticas e programas, promover a cultura de segurança, avaliar e medir a magnitude dos EA em todos os níveis de assistência, intensificar as pesquisas na área e formar futuras lideranças por meio da educação e treinamento (WHO, 2019).

Mais recentemente, no final de agosto de 2020, a Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) divulgou o documento da OMS *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*, que integra o Programa Global de Segurança do Paciente e tem como missão de ajudar a construir o cuidado centrado no paciente em todo o mundo, e como meta alcançar a redução máxima possível de danos evitáveis devido a cuidados de saúde inseguros em todo o mundo (WHO, 2021).

O plano de ação tem os objetivos de envolver pacientes e famílias como parceiros no cuidado seguro, alcançar resultados por meio do trabalho colaborativo, analisar dados para gerar aprendizado, traduzir evidências em melhorias, basear políticas e intervenções no ambiente de atendimento, usar conhecimentos científicos e a experiência do paciente para melhorar a segurança e incluir a cultura de segurança na concepção e prestação de cuidados de saúde (WHO, 2021).

### **3.2 Conhecimento de profissionais da saúde sobre segurança do paciente**

No Brasil as projeções epidemiológicas realizadas pela ANVISA demonstram a magnitude do problema envolvendo a falta de segurança do paciente, ao evidenciar que no período de maio de 2019 a abril de 2020 foram notificados 153.126 incidentes

relacionados à assistência de saúde, e que do total de óbitos associados aos EA 65,61% foram devido a falhas durante à assistência (ANVISA, 2020).

Os profissionais da saúde são atores importantes no processo de melhoria da qualidade do cuidado, para tanto, devem apresentar conhecimentos, competências e habilidades para identificação precoce de erros, visando preveni-los ou revertê-los quando necessário, e dessa forma, promover mudança na cultura de segurança das organizações em que estão inseridos (OLIVEIRA *et al.*, 2017b).

Recentemente, a introdução da temática na formação em segurança do paciente, em termos curriculares, é uma recomendação imperativa no Brasil, tendo em vista que profissionais de saúde precisam compreender que possuem papel fundamental na prevenção dos erros e de EA. Assim, a tendência é envolvê-los, no que diz respeito às diferentes categorias profissionais com a finalidade de identificar os possíveis riscos e antecipar estratégias para minimização da ocorrência de incidentes (BAMPI *et al.*, 2017; RODRIGUES; CASTRO; VITORIO, 2018).

O conhecimento é uma ferramenta essencial para fundamentação do cuidado em elementos de qualidade, eficácia e segurança, assim como favorável ao desenvolvimento da capacidade crítica, da atitude e da prática profissional, levando ao planejamento e implementação de estratégias assistenciais capazes de garantir a promoção da saúde e a prevenção de condições evitáveis (SILVA *et al.*, 2020).

A avaliação desse conhecimento pode ainda contribuir para tomada de decisões e consolidação da prática baseada em evidências, quando encontradas limitações, estas devem ser consideradas como parâmetros para atividades de educação permanente, levando à qualificação do cuidado e à redução dos impactos epidemiológicos, financeiros, sociais e de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017b).

No Brasil, um importante marco foi a instituição do PNSP, por meio da portaria nº 529 de 2013, o qual tem como objetivo específico produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente, justificando o incentivo maior ao ensino sobre a temática após a publicação do programa (BRASIL, 2013a).

Diante da relevância da temática e objetivando analisar o conhecimento de profissionais da saúde sobre segurança do paciente, realizou-se uma revisão integrativa da literatura. Os principais achados obtidos a partir desse levantamento de dados são apresentados a seguir.

Os profissionais definem segurança do paciente insatisfatoriamente, associando somente aos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) (MUSMANNO

*et al.*, 2018), ao tratamento adequado e sensação de segurança (ANDERSSON; HJELM, 2017). Entretanto, ainda que restrito, os profissionais fazem a relação do conceito com a prevenção de danos para fornecer o esperado nível de cuidado, minimizar os riscos e estar ciente das atividades ao redor (MURRAY; SUNDIN; COPE, 2019).

Evidencia-se um conhecimento limiar, visto que os profissionais têm ciência e citam a importância das práticas seguras, no entanto as relacionam com processos operacionais. Um estabelecimento de saúde com a segurança bem instituída no processo de trabalho não deixa dúvidas sobre a sua existência em metas e protocolos, pois seus usufrutos são visíveis e priorizados pela gestão (CUNHA *et al.*, 2020).

Embora os profissionais afirmem compreender a definição e classificação dos erros e reconheçam os EA como parte do seu processo de trabalho, assim como a importância do relato de erros; na avaliação dos indicadores por competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), o primeiro item apresentou avaliação insatisfatória (FLOTTA *et al.*, 2012; MAHDAVIAZAD; ASKARIAN; KARDEH, 2020; MOREIRA *et al.*, 2015). Declaram, ainda, que se sentem mais confiantes com os conhecimentos adquiridos no ambiente clínico do que os aprendidos em sala de aula (MAHDAVIAZAD; ASKARIAN; KARDEH, 2020), isso demonstra que o conhecimento em segurança do paciente é integrado na prática clínica, mas reflete a dificuldade que possuem de introduzir a teoria na prática (MURRAY; SUNDIN; COPE, 2019).

A aprendizagem baseada em problemas e experiências simuladas são estratégias que encorajam a discussão e colaboração ativa, provocando uma visão mais realista da prática assistencial e o desenvolvimento de habilidades para atuação em situações reais (GARZIN; MELLEIRO, 2019). Inserir a segurança do paciente nos currículos é importante, mas a participação ativa é fundamental para aproximar a teoria da prática e trazer contribuições no processo de trabalho dos futuros profissionais, favorecendo o desenvolvimento da cultura de segurança ainda na trajetória acadêmica (RODRIGUES; CASTRO; VITORIO, 2018).

O nível do conhecimento de segurança do paciente dos profissionais em geral é baixo (ANDRÉS *et al.*, 2020; BRASAITTE *et al.*, 2017; MAHDAVIAZAD; ASKARIAN; KARDEH, 2020; MOREIRA *et al.*, 2015; MUSMANNO *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2017b) e entre as diferentes categorias também existe variação desse nível, com destaque para a enfermagem que apresenta melhores resultados. Devido a sua proximidade e maior tempo em contato com o paciente, a equipe de enfermagem

ganha destaque protagonizando ações de segurança no ambiente hospitalar (KOERICH; ERDMANN; LANZONI, 2020).

A segurança do paciente é naturalmente percebida de forma distinta entre as categorias profissionais e até pelos gestores de uma organização, dessa forma, promover a cultura de segurança é uma atividade complexa e constituída de desafios, que exige compromisso e dedicação dos envolvidos, nesse sentido, as diferenças existentes devem ser revertidas em ferramentas de mudança para melhorar o entendimento quanto ao aprendizado organizacional (SANTOS *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2019a). Para promover a segurança do paciente, não basta esforço individual, é requerido um objetivo estruturado em toda a organização (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2020).

A falta de conhecimento sobre aspectos primordiais da segurança do paciente, como a notificação de EA foi identificada como uma barreira à segurança do paciente (ANANYA *et al.*, 2029; ANDERSSON; HJELM, 2017). Essa ação pode ser dificultada devido à falta de compreensão ou de treinamento, levando à necessidade de tornar claro aos profissionais o que, como e onde notificar, além disso torná-los cientes da importância deste ato, que depende de esforços empreendidos em busca do aprendizado a partir do erro (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019).

Entende-se, então, que o conhecimento é uma ferramenta importante para mudanças e implica em melhorias, nesse sentido, a qualificação é uma aliada, os próprios profissionais reconhecem essa relevância, citando a responsabilidade da educação permanente nos seus ambientes de trabalho (MURRAY; SUNDIN; COPE, 2019). Portanto, a inclusão do tema nas ações educativas deve ser uma prioridade para assim oportunizar a construção de novas práticas assistenciais seguras em saúde (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2019).

A formação em qualidade pode ser o incentivo para o desenvolvimento de programas inovadores que contribuam para alinhar a educação dos profissionais e prepará-los para trabalhar de forma integrada em direção a um sistema de saúde mais seguro, para tanto, reconhece-se a necessidade de reforçar o ensino da segurança do paciente nos currículos dos cursos da área da saúde em todos os níveis procurando incorporar esses tópicos na prática clínica, de forma abrangente e estruturada (GARZIN; MELLEIRO, 2019).



### 3.3 Ações educativas envolvendo a segurança do paciente

A EPS, instituída pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria GM/MS nº198 de 2004 e alterada em 2007, é uma política criada como estratégia para fortalecer o SUS, que tem como finalidade a capacitação e qualificação das práticas multidisciplinares de saúde (BRASIL, 2007).

A EPS busca ultrapassar a cultura institucional e objetiva formar uma rede de relações por meio de ideias, necessidades e percepções coletivas construídas a partir da realidade vivida. O resultado esperado é o desenvolvimento da capacidade de aprender e ensinar, melhoria da qualidade do cuidado e humanização do atendimento (CARDOSO *et al.*, 2017).

Sendo a segurança do paciente parte importante na qualidade do cuidado prestado, o PNSP destaca a importância da EPS nesse contexto, como uma ferramenta poderosa para contribuir com a articulação de estratégias da equipe multiprofissional por meio da transformação das práticas de ensino-aprendizagem na produção de conhecimento (BRASIL, 2014). Além de contribuir com a cultura da segurança do paciente engajando todos os profissionais no modelo de cuidado baseado na colaboração e construção (LIMA *et al.*, 2020).

As ações de educação voltadas para a segurança do paciente podem preencher lacunas encontradas na cultura da qualidade e segurança. São estratégias capazes de auxiliar na redução dos riscos e danos associados à assistência, já que promovem nos profissionais a consciência, reflexão crítica sobre as suas condutas, configurando um processo educativo de aplicação prática, capaz de promover mudanças no seu processo de trabalho (BARROS; GUEDES; RIBEIRO, 2020).

Intervenções educativas sobre segurança do paciente são iniciativas para implementar o processo de mudança nas organizações de saúde à medida em que sensibilizam os profissionais para ações necessárias no sentido de diminuir os erros na prática, melhorar o cuidado e o compromisso com a segurança do paciente, promovendo desenvolvimento de cultura de segurança (MARINHO *et al.*, 2018a). A cultura de segurança pode ser entendida como o produto das posturas, comportamentos e entendimentos de todos os trabalhadores em relação à segurança (BRASIL, 2013a)

A execução de intervenções educativas por meio de cursos de formação complementar, de curta duração, realizados com aulas expositivas, que respeitem a

dinâmica de trabalho e facilitem a participação dos profissionais, quando realizadas de forma regular levam os profissionais a refletirem sobre a temática. Os participantes valorizam atividades interativas baseadas em casos e a oportunidade de discutir essas questões em um ambiente franco, mas não ameaçador (ARORA *et al.*, 2012; MARINHO *et al.*, 2018a).

A utilização de metodologias de problematização voltadas para profissionais e gestores também proporcionam a reflexão sobre a prática, para assim facilitar a elaboração de estratégias que visem melhorar os serviços prestados (BARROS; GUEDES; RIBEIRO, 2020). Além disso, intervenções educativas utilizando ambiente simulado se apresentam como uma estratégia significativa para exercitar as habilidades práticas do profissional, o uso da simulação de baixa fidelidade introduz um componente ativo que favorece a compreensão (FARNAN *et al.*, 2015).

As intervenções educativas oportunizam a melhora nos conhecimentos sobre segurança do paciente. Após a realização de cursos, os participantes estão mais cientes das questões sobre a temática nos ambientes de trabalho, portanto eles serão capazes de traduzir o conhecimento recebido em uma compreensão prática dos problemas de segurança do paciente, analisando erros, identificando fatores contribuintes, modificando a realidade e melhorando a qualidade do cuidado (ARORA *et al.*, 2012).

As implicações dessas intervenções também se refletem em mudanças de comportamento e intenções, como o envolvimento em projetos de melhoria, podendo ser exemplificado pelo avanço no relato de incidentes. Estudos apontam que após intervenção os participantes passaram a entender que a notificação de EA é essencial para a segurança do paciente (MARINHO, 2018b; SHRESTHA *et al.*, 2020).

As ações educacionais são de duas naturezas, a educação interprofissional (onde membros de diferentes profissões aprendem “com, de e sobre” uns aos outros); ou educação multiprofissional (onde as profissões aprendem juntas em grupos). Essas definições são úteis para destacar o benefício da educação em segurança do paciente direcionada a equipes multiprofissionais que trabalham juntas adotando uma verdadeira abordagem "interprofissional". Dessa forma, aumenta o potencial de contribuição após a intervenção, com resultados positivos na cultura de segurança, para a aprendizagem organizacional (SLATER, 2012).

Nota-se um foco nas ações educativas voltadas para a equipe de enfermagem, pois além de representar o maior quantitativo em relação às demais categorias, tem

expressividade nas iniciativas voltadas para a segurança do paciente. No entanto, é importante destacar que a construção de uma cultura de segurança envolve um trabalho conjunto de toda a equipe multiprofissional. A interação interdisciplinar é um dos principais desafios para o cuidado de saúde, os profissionais precisam aprender a trabalhar de forma integrada, romper as barreiras disciplinares e repensar formas de interação para que a assistência seja integrativa (KOERICH; ERDMANN; LANZONI, 2020).

A implementação de mudanças na prática deve ser realizada com a colaboração de todos os profissionais, para garantir que a efetivação aconteça. A avaliação das necessidades de capacitação e ações educativas deve ser verificada de acordo com o contexto organizacional e com a identificação dos problemas existentes, pressupondo a necessidade de medidas de qualificação direcionadas para a resolução desses problemas e assegurar eficiência na assistência prestada (BARROS; GUEDES; RIBEIRO, 2020).

Reforça-se que o enfermeiro se destaca como protagonista das ações de segurança e qualidade por suas iniciativas, agindo como mediador das ações educativas para a equipe multiprofissional, envolvendo os demais profissionais. No entanto, o apoio dos líderes tem papel fundamental, em especial relacionado à gestão da EPS, uma liderança comprometida com o aprendizado é um fator potencial para a melhoria dos processos institucionais (BARROS; GUEDES; RIBEIRO, 2020; KOERICH; ERDMANN; LANZONI, 2020).

A falta de adesão às estratégias de segurança do paciente, está diretamente associada à cultura de segurança, para haver um desenvolvimento nesse aspecto se faz necessário a aproximação e engajamento de todas as áreas atuantes na instituição de saúde, principalmente das lideranças, para promover condições que motivem essas práticas. Essa é uma mudança organizacional desafiadora, mas necessária e significativa para o avanço da qualidade e segurança da assistência (REIS *et al.*, 2019).

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

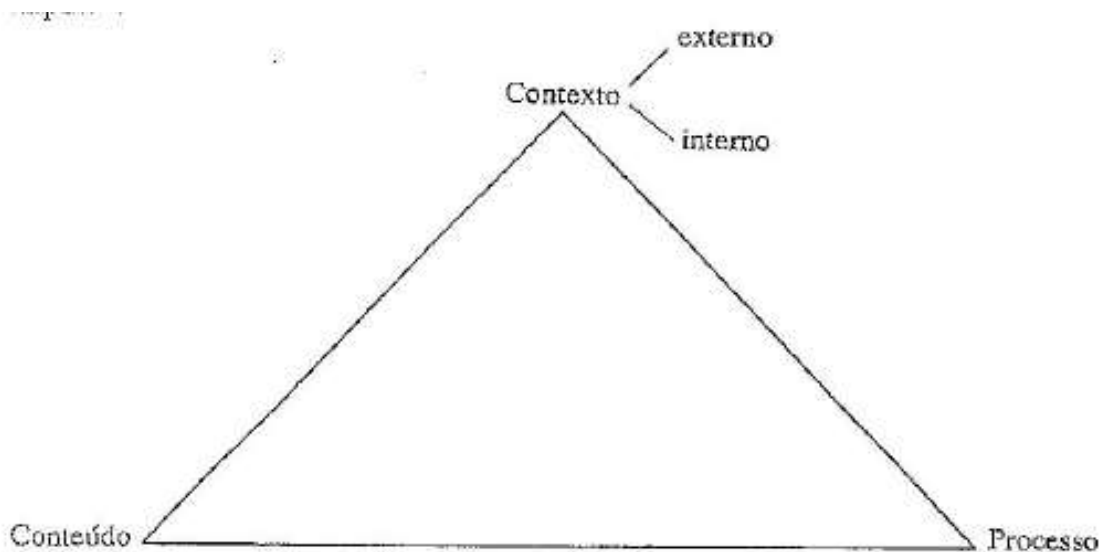
### 4.1 Gestão de mudanças organizacionais no âmbito da saúde

Organizações são ambientes complexos e precisam se adaptar constantemente para sobreviver em um contexto dinâmico e de inovação. No entanto, passar por adaptações e mudanças não é suficiente para que as modificações ocorram de forma a agregar valor e possibilitar uma vantagem competitiva. Para tanto, faz-se necessário uma análise e gerenciamento dos ajustes anteriores e vigentes, para orientar caminhos futuros (ARMENAKIS; BEDEIAN, 1999).

É nessa perspectiva que a gestão de mudança começou a ganhar destaque a partir da década de 1990, diferentes modelos teóricos foram desenvolvidos e utilizados em busca do entendimento da mudança organizacional, estudando-a sob diferentes aspectos. Desde então, esses modelos têm sido aplicados na área da administração para analisar o processo de alterações estratégicas em empresas (ARMENAKIS; BEDEIAN, 1999).

Pettigrew e Whipp (1993) defendem que as mudanças organizacionais são o alicerce que guia a empresa da realidade atual para a desejada, nesse sentido, apresentam o modelo de Conteúdo, Processo e Contexto (Figura 2) da gestão estratégica da mudança.

**Figura 2** - Tríade processo-conteúdo-contexto



Fonte: (PETTIGREW, 2013).

Segundo o autor, busca-se a compreensão de três aspectos essenciais da mudança, sendo analisados de forma complementar, sejam eles:

- o *que* da mudança, em termos de seu conteúdo, é o foco da mudança que está sendo estudada;
- o *como* dos processos de mudança e como é conduzida na organização;
- o *porquê* da mudança, em função do contexto. Diz respeito ao “contorno”, o que está acontecendo dentro e fora da organização, por isso é dividido ainda em externo e interno, os aspectos externos referem-se ao âmbito econômico, político e social, já os internos são recursos, capacidades, cultura, valores e políticas organizacionais.

A metodologia de estudo das mudanças organizacionais por meio desse modelo é um ponto de partida para a investigação dos fatores que influenciam no seu sucesso ou fracasso, e são fundamentais para entender as condições que viabilizam minimizar a resistência à mudança (COLES *et al.*, 2020).

Instituições de saúde são organizações complexas, o modelo de dimensões da mudança de Pettigrew e Wipp pode ser importante ferramenta na identificação de vários fatores associados a modificações estratégicas de maior sucesso dentro dessas instituições, como pressão ambiental; cultura organizacional de apoio; simplicidade e clareza de metas e prioridades; redes inter-organizacionais cooperativas; boas relações gerenciais; líderes da mudança; qualidade e coerência da política. Esses fatores são associados e sinalizam uma receptividade à mudança desejada (PETTIGREW; FERLIE; MCKEE, 1992).

Em âmbito internacional, recentemente cada vez mais pesquisas na área da saúde, inclusive na temática segurança do paciente, têm sido realizadas baseadas na análise das mudanças organizacionais e do sucesso de implementações, levando em consideração principalmente a dimensão do contexto (DAVIDOFF, 2019; DRYDEN-PALMER, 2020; LI *et al.*, 2018; OVRETVEIT *et al.*, 2011; ROGERS *et al.*, 2020; ROGERS; BRUN; McAULIFF, 2020; ROGERS, 2021; TAYLOR *et al.*, 2011).

Considerando o cenário nacional, mais especificamente no campo da medicina, foi identificado um estudo que utilizou a análise de mudança organizacional, modelo de Pettigrew para analisar os fatores contextuais envolvidos em uma implementação (CALDAS, 2017). Ressaltando, assim, a importância e legitimidade da realização do estudo na perspectiva da categoria da enfermagem.

## **4.2 Aspectos contextuais no estudo de intervenções para melhoria da segurança do paciente**

Intervenções educativas sobre segurança do paciente podem apresentar resultados distintos entre diferentes instituições e públicos-alvo, isso se justifica porque muitas mudanças e melhorias são sensíveis ao contexto ou mesmo dependentes dele. O contexto pode ser entendido como circunstâncias que influenciam a implementação, eficácia, disseminação e sustentabilidade de ações, também é descrito como sistemas velados, cultura e particularidades do ambiente em que uma intervenção é implementada (COLES *et al.*, 2020).

Os sistemas de saúde são complexos e dinâmicos, portanto, suas interações contextuais não são estáticas. Ao longo da jornada de melhoria, diferentes aspectos podem assumir mais ou menos importância (exercendo mais ou menos influência). Dado que a melhoria é um processo social inerente e dependente do contexto, a sua influência é significativa, e retirar esses fatores físicos, sociais, organizacionais, psicológicos, culturais e políticos da avaliação da melhoria, generaliza os resultados e impossibilita a compreensão em torno do sucesso ou do fracasso das intervenções de segurança do paciente (COLES *et al.*, 2020; COWDEN *et al.*, 2020).

Para que a partir da implementação de uma intervenção se obtenha sucesso, é preciso haver uma estreita ligação entre a intervenção e o meio em que está sendo implementada. Algumas iniciativas relacionadas ao contexto devem ser consideradas, como planejar a ação avaliando a importância dela para os participantes, adaptar o foco e abrangência para torna-la o mais útil e aplicável possível, engajar todos os níveis da instituição, se possível envolvendo os próprios participantes no seu desenvolvimento (DAVIDOFF, 2019).

A cultura e a história do grupo no qual são implementadas intervenções, a natureza dos relacionamentos existentes, redes sociais e estruturas organizacionais são exemplos de fatores do contexto pré-existente que podem funcionar como barreiras ou facilitadores da implementação. Liderança e cultura organizacional para mudança são outros elementos que merecem destaque já que podem causar impactos positivos ou negativos sobre os resultados esperados (DRYDEN-PALMER; PARSHURAM; BERTA, 2020).

A partir de uma revisão de escopo, identificou-se que os estudos que analisaram os determinantes contextuais para resultados de implementações,

realizaram sua categorização por dimensões, do nível micro ao macro da atenção à saúde. No nível micro, os pacientes podem influenciar na implementação; no nível meso, cultura e clima organizacional, prontidão organizacional para mudanças, estruturas e suporte organizacional; o nível macro consiste em influências ainda mais amplas e “externas”. Além disso, ainda existem aquelas que afetam todos os níveis, como relações sociais, recursos financeiros, liderança, disponibilidade de tempo e ambiente físico (NILSEN; BERNHARDSSON, 2019).

Para esta tese adotou-se o referencial de Pettigrew e Whipp (1993), que afirmavam que a implementação de estratégias para melhorias, neste caso uma intervenção educativa para segurança do paciente, podem apresentar resultados diferentes em organizações distintas, devido a interação que acontece entre a própria intervenção realizada (conteúdo), o contexto e o processo de mudança.

Segundo Pettigrew (1987), assim como uma caixa possui altura, largura e comprimento, uma estratégia possui dimensões fundamentais que precisam ser identificadas e analisadas, são elas: processo, conteúdo e contexto. O processo é a maneira pela qual a estratégia deve ser desenvolvida, isto é, o “como” da mudança; o conteúdo corresponde às estratégias que são de fato realizadas, isto é, o “o quê” da mudança; e o contexto é tido como as circunstâncias sob as quais o processo e o conteúdo ocorrem, o “porquê” da mudança.

As variações no nível de desempenho de uma organização após uma implementação dependem do contexto, aspecto desta tríade que foi analisado mais profundamente nesta tese. Contextos receptivos favorecem os processos de melhoria/mudança, aqueles não receptivos levam ao declínio ou estagnação (PETTIGREW, 1987). Na abordagem de Pettigrew (2013), na qual o contextualismo é a base para compreender as mudanças organizacionais, a tarefa é identificar os fatores de causas da mudança, considerando que se trata de um processo contínuo e que envolve indivíduos, grupos e processos.

O contexto pode ser estudado segundo níveis: o contexto externo refere-se ao ambiente social, econômico, político e competitivo em que a instituição está inserida (PETTIGREW *et al.*, 2013). Utilizando uma instituição hospitalar como exemplo, é possível citar as questões trabalhistas e econômicas mais gerais, legislações profissionais, sistemas de financiamento, aspectos do sistema de saúde, ou seja, a alta direção não exerce influência sobre esses aspectos, apenas faz a leitura do contexto externo e se posiciona da melhor forma diante dele.

O contexto interno refere-se à estrutura, cultura organizacional e ao contexto político da empresa, por meio do qual as ideias de mudança devem acontecer (PETTIGREW *et al.*, 2013). Nesse âmbito se enquadra a cultura de segurança, cultura organizacional, padrões de comportamento, relações entre os profissionais, trabalho em equipe, apoio organizacional. Diferentemente do contexto externo, esses fatores são diretamente gerenciados pela alta direção.

Para fins didáticos, o contexto foi analisado no presente estudo a partir de suas dimensões: simbólico, material, relacional/ institucional. Tais dimensões podem favorecer ou enfraquecer iniciativas para a segurança do paciente, pois as intervenções devem ser apoiadas por ambientes sociais propícios que permitam e sustentem a mudança de atitude e comportamento para melhoria da qualidade (CAMPBELL; CORNISH, 2010, 2012).

O contexto simbólico se refere aos significados, ideologias e visões de mundo que circulam em ambientes sociais específicos, por meio dos quais as pessoas entendem a si próprios, aos outros e as atividades que realizam (significados de segurança do paciente, papéis que desempenham, expectativas). O contexto material está relacionado às oportunidades concretas dos envolvidos colocarem em prática seus conhecimentos e habilidades (recursos humanos, recursos financeiros, infraestrutura). O contexto relacional/institucional se refere às questões de liderança, processo decisório, trabalho em equipe, apoio e incentivo das instâncias superiores, bem como pelas iniciativas de segurança do paciente (políticas, programas, protocolos adotados no ambiente de trabalho) (CAMPBELL; CORNISH, 2010, 2012).

Uma intervenção educativa para segurança do paciente terá implicações positivas e provocará melhorias se for apoiada por um contexto simbólico que reconhece sua legitimidade, um contexto material que proporcione recursos, uma base relacional que demonstre um interesse claro, lhe dê confiança e assume os riscos, e um contexto institucional que tem iniciativa. Visto que, uma intervenção transformadora é improvável de ser praticada em um contexto não transformador (CAMPBELL; CORNISH, 2012).



## **5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação. A pesquisa qualitativa estuda os fenômenos em seu ambiente natural, com finalidade de interpretá-los a partir 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 (MINAYO, 2011). Permite, ainda, entender o universo das relações humanas estabelecidas no contexto da pesquisa, por meio da observação e interação do pesquisador com os participantes do estudo (APOLINARIO, 2011). No cenário da saúde, especificamente, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença subsidia o entendimento dos comportamentos da equipe (DENZIN; LINCOLN, 2011).

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que possui estreita relação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, ou seja, é um método de condução de pesquisa aplicada, orientada para diagnóstico situacional, identificação de problemas e busca de soluções. Esse tipo de pesquisa caracteriza-se como intervencionista que permite ao pesquisador criar hipóteses sobre o fenômeno de interesse, implementando mudanças no cenário em estudo. A dimensão ativa desse método revela-se no planejamento de ações e na avaliação de seus resultados (THIOLLENT, 1997).

### **5.2 Cenário do estudo**

O estudo foi desenvolvido no município de Floriano- Piauí, em um hospital regional. Floriano situa-se a 240 km da capital do Estado do Piauí, Teresina, na região do Médio Parnaíba. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui uma população estimada de 60.025 habitantes (IBGE, 2020).

O hospital, cenário do estudo, é público, regional e sob gestão estadual, de grande porte (atualmente possui 278 leitos), foi inaugurado em 10 de março de 1976, como um hospital militar pré-moldado utilizado pelas forças armadas, adquirido pelo governo do estado, por meio de uma troca entre o Brasil e a Inglaterra, batizado em homenagem ao Dr. Tibério Barbosa Nunes, figura política do município e do estado.

Este hospital constitui uma referência no serviço hospitalar para todos os municípios do sul do estado do Piauí e parte do estado do Maranhão, sendo responsável pela média de 380 atendimentos diários e 11.400 atendimentos mensais (SESAPI, 2019). Além de contar com os seguintes setores e serviços: urgência e emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, clínica neurológica, clínica obstétrica, centro cirúrgico, UTI adulto, UTI neonatal, ambulatório, além de centro de parto normal, casa da gestante e banco de leite, possui ainda laboratório de análises clínicas e setor de exames de imagem.

### **5.3 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo foram os profissionais de enfermagem do referido hospital. A população foi constituída por 321 técnicos de enfermagem e 151 enfermeiros, totalizando 472 profissionais.

O estudo aconteceu por meio de três etapas, para a primeira e segunda etapas foram incluídos os profissionais de enfermagem em efetivo exercício profissional no período da coleta e que tinham pelo menos seis meses de contratação, pois profissionais com menos de seis meses na instituição ainda estão se adaptando ao ambiente de trabalho. Em contrapartida os mais antigos percebem melhor as competências individuais e coletivas que determinam o compromisso e o estilo da instituição quanto às questões de segurança, portanto, tem uma percepção maior da realidade e podem contribuir mais com o estudo (CARVALHO *et al.*, 2017).

Adotou-se como critério de exclusão aqueles profissionais que atuavam como supervisores de ensino que não possuíam vínculo trabalhista com a instituição e profissionais com sintomas gripais e afastados das atividades durante o período da coleta.

Para a terceira etapa foram incluídos os profissionais de enfermagem em efetivo exercício profissional no período da coleta e que participaram da intervenção educativa. Foram excluídos os profissionais com sintomas gripais e afastados das atividades durante o período da coleta e aqueles que apresentaram menos que 75% de frequência na intervenção educativa.

A amostra foi selecionada por conveniência, tipo de amostragem em que a seleção dos elementos é feita de forma não-aleatória, considerando as características do grupo de participantes do estudo e a disponibilidade das pessoas para fazer parte

da amostra durante o período da coleta de dados (CRESWELL, 2010).

O fechamento da amostra ocorreu quando se constatou que elementos novos para subsidiar a teorização almejada não eram mais apreendidos a partir da técnica de coleta. O número de participantes foi operacionalmente definido com a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na coleta de dados (FONTANELLA *et al.*, 2011). Nesse sentido, ressalta-se que a amostra foi definida quando refletiu, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões da questão em estudo e a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo (MINAYO, 2017).

Para a primeira etapa do estudo a amostra foi de 22 profissionais de enfermagem, dos quais 13 eram técnicos de enfermagem e nove enfermeiros. Na segunda etapa participaram 74 profissionais, destes 24 enfermeiros e 50 técnicos de enfermagem. Na terceira etapa foram realizados três Grupos Focais (GFs), com seis, sete e seis participantes respectivamente em cada grupo, totalizando 19 participantes na terceira etapa do estudo, com oito enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem.

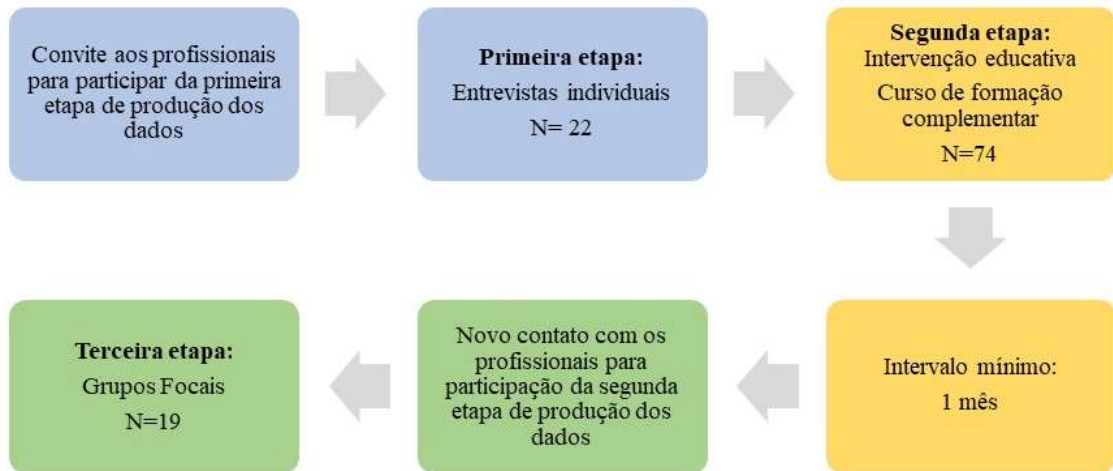
## **5.4 Procedimentos de produção dos dados**

A produção de dados ocorreu em três etapas: Entrevistas individuais, Intervenção educativa e Grupos Focais.

### **5.4.1 Fluxograma do estudo**

A seguir um fluxograma representativo das atividades desenvolvidas na produção dos dados:

**Figura 3** - Fluxograma representativo das atividades desenvolvidas na produção dos dados. Teresina, PI. 2022



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

#### 5.4.2 Primeira etapa de produção dos dados – Entrevistas individuais

A primeira etapa ocorreu no período de agosto e setembro de 2021, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas. A entrevista é a forma de coleta de dados mais utilizada na pesquisa qualitativa, tem o objetivo não só de obter informações por meio do diálogo, mas também contribui para a interação humana estabelecendo um ambiente oportuno para que essa informação seja de fato fidedigna (TRENTINI; PAIM, 2004).

A entrevista semiestruturada tem como propósito obter descrições sobre a vida dos entrevistados e a interpretação que eles dão aos fenômenos descritos, além de reproduções concretas de eventos importantes, atividades realizadas e experiências vividas que sejam de interesse da pesquisa. Nesse tipo de entrevista o pesquisador define os tópicos a serem abordados e a importância de cada um deles, dessa forma a conversa é guiada por um roteiro que é usado com flexibilidade (GREEN; THOROGOOD, 2004).

O roteiro de entrevista (APÊNDICE A) apresenta dois blocos, o primeiro com perguntas referentes ao perfil sociodemográfico e profissional (idade, sexo, profissão, pós-graduação, setor de atuação, renda, tempo de formação e tempo de atuação na instituição) e outras questões de interesse (realização de cursos/aproveitamentos/capacitações na área da segurança do paciente).

O segundo bloco com perguntas disparadoras, que abordam questões pertinentes relacionadas ao contexto simbólico, institucional/ relacional e material em estudo. Neste bloco foram feitas perguntas aos participantes acerca do seu conhecimento a respeito de segurança do paciente, sobre os riscos relacionados a segurança do paciente, qual o seu papel e dos demais envolvidos na segurança do paciente, com espaço para comentar experiências vivenciadas. Além disso, também foram questionados sobre a sua experiência no hospital com protocolos, normas, condutas ou programas a respeito da segurança do paciente, e como é a segurança do paciente no referido hospital, envolvendo as ações que são desenvolvidas, facilidades e dificuldades. Por fim, também foram questionados a respeito dos recursos disponíveis para colocarem em prática a segurança do paciente.

O roteiro de entrevista foi submetido a um pré-teste para verificar o entendimento dos participantes e viabilidade do alcance dos objetivos propostos. Para isso, foi realizada uma visita ao cenário do estudo, onde os participantes foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar desse primeiro momento. Para o pré-teste foram entrevistados um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, então observou-se a necessidade da realização de alguns ajustes no roteiro de entrevista. Ressalta-se que os três entrevistados não foram incluídos na amostra do estudo.

Após a consolidação do instrumento, a produção dos dados seguiu com o recrutamento dos profissionais para participarem das entrevistas individuais. Foi realizado levantamento prévio dos profissionais, assim como, as clínicas de atuação (urgência e emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, clínica neurológica, clínica obstétrica, centro cirúrgico, UTI adulto, UTI neonatal, obstetrícia), posteriormente a pesquisadora teve contato direto com os mesmos para certificação daqueles que atendiam aos critérios de elegibilidade e conseqüentemente apresentação da pesquisa, objetivos, etapas de realização e convite para participarem da primeira etapa de entrevistas.

Aos profissionais que aceitaram participar, as entrevistas ocorreram conforme agendamento, individualmente, em dia, horário e local acordados entre a pesquisadora e o participante. Foram realizadas presencialmente (levando em consideração que a pesquisadora e os profissionais já se encontravam imunizados contra a COVID-19, com primeira e segunda doses) ora no próprio hospital, em sala reservada, ora na residência dos participantes, sem presença de terceiros. Cumpriram-se todas as medidas protetivas de biossegurança (disponibilização de

Equipamentos de Proteção Individual- EPIs e de álcool em gel, respeito ao distanciamento seguro- dois metros).

No momento da entrevista o participante foi novamente esclarecido sobre os objetivos e a relevância da pesquisa, além disso já foi informado sobre realização do curso de formação complementar sobre segurança do paciente, que tratou da segunda etapa da pesquisa e convidado a participar. As entrevistas duraram de nove a 18 minutos, com gravação de áudio por meio de *smartphone*, posteriormente transcritas na íntegra e devolvidas aos participantes para conferência. Acrescenta-se que não foi necessário a repetição de entrevistas.

#### **5.4.3 Segunda etapa de produção dos dados - Intervenção educativa**

A segunda etapa ocorreu no mês de outubro de 2021. Esta pesquisa teve como intervenção educativa um curso de formação complementar com carga horária de 20 horas, denominado “Segurança do paciente: Noções Básicas e Estratégias de Promoção” ofertado aos profissionais de enfermagem do referido hospital. O curso foi cadastrado na Pró-reitora de Extensão e Cultura – PREXC da UFPI (APÊNDICE B), sob o código CF06/2021-CAFS-122-NVPJ/PG, para devida certificação dos participantes.

Vale ressaltar que o curso faz parte das ações desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisa em Segurança do Paciente e Sistematização da Assistência de Enfermagem – GPESP-SAE, vinculado à UFPI. O grupo de pesquisa, o qual a pesquisadora faz parte, foi formado em 2013 e é liderado pela professora Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino. Tem como objetivo fortalecer as discussões sobre a temática segurança do paciente, bem como melhoria das práticas de cuidado baseadas em evidências, para tanto desenvolve atividades de pesquisas, eventos e cursos na área.

O curso em questão foi planejado para o cenário da pesquisa em conjunto com o NSP, Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e gerência de enfermagem do hospital. Dessa forma, foi estabelecido que aconteceria no auditório da própria instituição e haveria disponibilização de 120 vagas para os profissionais de enfermagem, distribuídas equitativamente entre os setores do hospital. Para o planejamento do curso ocorreram reuniões com as lideranças que ajudaram na organização do cronograma. O convite e sensibilização das equipes para participação

da intervenção educativa foram feitos tanto pela pesquisadora, como reforçados pelas coordenações de enfermagem dos setores, pessoalmente e via mídias sociais.

O período de inscrição ocorreu do dia primeiro ao dia 16 de outubro de 2021, de forma online via Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas (SIGAA)-UFPI, também foram realizadas inscrições presenciais nos dias do evento. Com intenção de obter maior adesão dos profissionais, as 120 vagas foram distribuídas em dois finais de semana (08 e 09/10, 15 e 16/10), além disso, o curso foi incluído pelo NEPS como uma atividade de educação permanente obrigatória. Dessa forma, obteve-se 100% (n=120) de inscritos no curso, destes, 46 não tiveram frequência igual ou superior à 75% ou não compareceram, totalizando 74 participantes da segunda etapa, aptos para certificação e participação da terceira etapa da pesquisa.

Para operacionalização do curso contou-se com a ajuda de uma equipe, da qual faziam parte duas ministrantes, a própria pesquisadora, uma integrante do grupo de pesquisa GPESP-SAE/UFPI e dois monitores voluntários discentes da graduação UFPI. Vale ressaltar que todos os profissionais de saúde, ministrantes e serviços de apoio estavam vacinados contra a COVID-19 no momento de realização do curso, o que viabilizou as atividades de forma presencial.

São apresentados a seguir os tópicos que fizeram parte do conteúdo programático do curso:

- Histórico da segurança do paciente (Principais nomes e entidades representativas da área, bem como datas e acontecimentos significativos da história)
- Legislação vigente (Normativas, leis, Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), PNSP);
- Conceitos básicos em segurança do paciente;
- Cultura de segurança do paciente (Clima e cultura de segurança, avaliação da cultura de segurança e estratégias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente);
- Notificação de EA (Dados epidemiológicos nacionais atualizados, importância da notificação, sistema de notificação)
- Metas internacionais para a segurança do paciente (Identificar corretamente o paciente; Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na

administração dos medicamentos; Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; Higienizar as mãos para evitar infecções; Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.).

Os participantes receberam um formulário de caracterização sociodemográfica e profissional (Bloco I do APÊNDICE A) para preenchimento ao início do curso, visto que nem todos os participantes do curso colaboraram com a primeira etapa da pesquisa, portanto para caracterização desta etapa, optou-se pela nova aplicação do formulário. Destaca-se que todos receberam apostila com os slides impressos e espaço para realização de anotações.

A intervenção foi orientada pela metodologia da problematização, a qual se baseia na indissociabilidade do contexto e dos sujeitos nele inseridos, pois considera-se que o conhecimento prévio dos participantes deve ser considerado. Os ministrantes não apenas transferiram conhecimento, mas criaram possibilidades para sua construção, para tanto, utilizou-se como ferramentas o estímulo a curiosidade e à postura ativa, despertando uma análise crítica da realidade (CAMPOI *et al.*, 2019).

O curso incluiu aulas expositivas-dialogadas e estratégias de ensino aprendizagem baseadas em metodologias ativas, tornando os profissionais críticos-reflexivos e corresponsáveis por seu processo de aprendizagem, partindo da observação da realidade social, compreensão dos problemas por meio de embasamento teórico-científico e levantamento de hipóteses para a solução desses problemas (CAMPOI *et al.*, 2019). Durante as aulas, foram utilizados desde incentivos como prêmios e brindes pela participação, estratégias de jogos lúdicos e dinâmicas com objetivo de associar a segurança do paciente e o contexto dos profissionais, estimulando, assim, a sua reflexão e possibilitando a construção do conhecimento de forma ativa.

Salienta-se que durante a intervenção os participantes puderam expressar suas considerações, dúvidas, e compartilhar suas experiências, garantindo o diálogo e as discussões sobre a temática, pois considera-se que os ministrantes são os responsáveis por estimular e conectar os conhecimentos expostos por eles a àqueles interessados em adquiri-los. O objetivo é favorecer o senso de parceria em prol da aprendizagem, nesse processo a comunicação é fundamental, pois trata-se de uma relação que respeita a característica dos envolvidos e o conhecimento prévio do público alvo, já que o foco é o aluno e não o professor (MASETTO, 2003).



Ao final, após o cumprimento das atividades do curso, os participantes receberam orientações sobre a próxima etapa da produção de dados prevista, sendo informados que seriam contatados posteriormente para participação.

#### **5.4.4 Terceira etapa de produção dos dados – Grupos Focais**

Considerado um dos princípios da andragogia, ciência destinada a auxiliar na compreensão do processo de aprendizagem dos adultos, estes têm predisposição para aprender aquilo que precisam para se tornar capacitados a enfrentar situações da vida real. Quando as experiências de aprendizagem estão sincronizadas com algo que deve ser executado em seu dia-a-dia, o adulto adquire prontidão para aprender (KNOWLES; HOLTON; SWANSON, 2006). Dessa forma, após a realização da intervenção educativa, foi respeitado um intervalo de um mês, para que os participantes tivessem oportunidade de assimilar os conhecimentos adquiridos no curso e aplicar na sua rotina de trabalho.

Então foi realizada a terceira etapa de produção dos dados no mês de novembro de 2021, por meio de GFs, uma técnica de produção de dados qualitativos, na qual a pesquisadora observa e procura estimular as interações e discussões entre o grupo, os participantes também podem conversar entre si, além de interagir com o pesquisador ou moderador (BARBOUR, 2009).

Este tipo de abordagem, especialmente útil na pesquisa avaliativa, enfatiza a necessidade de considerar a visão de diferentes sujeitos e contextos sociais sobre os quais incidem o fenômeno a ser avaliado, se revela especialmente oportuna em estudos sobre ações de saúde nos quais se pretende valorizar e apreender a opinião, percepção de sujeitos diretamente envolvidos com o objeto a ser avaliado (TRAD, 2009).

Essa técnica de pesquisa visa entender, a partir das discussões em grupo, conceitos, sentimentos, perspectivas e atitudes, de um modo específico, que não seria possível captar por meio de outras técnicas, como a entrevista. O trabalho com GF permite a compreensão de consensos e contraposições, possibilita ainda o alcance de diferentes perspectivas de uma mesma questão e 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).

A pesquisadora entrou em contato via ligação telefônica com os 74 profissionais elegíveis para participação na terceira etapa e fez o convite, os GFs foram realizados no auditório do referido hospital com aqueles que aceitaram colaborar, nos dias 18, 24 e 25 de novembro, com seis, sete e seis participantes em cada grupo, respectivamente. Este quantitativo foi estabelecido de acordo com a literatura, que varia entre seis a 15, e é considerado um tamanho ótimo, o que permite a participação efetiva de todos e discussão adequada dos temas (TRAD, 2009). A quantidade de GFs foi definida no decorrer de sua realização, até que as informações pretendidas e os objetivos propostos foram alcançados.

Os GFs foram conduzidos mediante roteiro (APÊNDICE C) que abordou questões relativas à avaliação do curso; mudanças ocorridas após a intervenção considerando o conhecimento dos profissionais e aspectos da assistência; implementação de mudanças para melhoria da segurança do paciente, além de facilidades e desafios enfrentados; ações mais fáceis ou mais difíceis de serem desenvolvidas, bem como fatores contribuintes; estratégias para melhorar a capacidade de implementar mudanças positivas relacionadas a segurança do paciente.

A equipe que viabilizou a operacionalização dos GFs foi composta por uma moderadora (a própria pesquisadora), que exerceu a função de introduzir a discussão e a manter, destacar para o grupo que não há respostas certas ou erradas, observar os participantes encorajando a fala de cada um, ficar atenta às “deixas” da própria discussão e fala dos participantes, construir relações com os informantes para aprofundar respostas ou comentários considerados importantes, observar também as comunicações não-verbais; e um facilitador (um dos monitores do curso), com responsabilidade de controlar o dispositivo de gravação, observar a discussão, captar reações dos participantes e fazer anotações. Para a função de facilitador, foi realizado um treinamento prévio e selecionou-se uma pessoa já conhecida dos participantes, para que não se sentissem observados por estranhos (TRAD, 2009).

As sessões duraram entre 1h e 1:30h, todos foram informados da existência do observador durante a discussão, para cada participante foi assegurado o tempo de 10 minutos para exposição de ideias. Enfatiza-se que as cadeiras no auditório foram dispostas em círculo, para que todos ficassem situados na mesma posição. Os

discursos foram gravados com auxílio de aparelho *smartphone*, posteriormente, transcritos na íntegra e apresentados aos participantes dos grupos para conferência.

Após cada sessão a equipe se reuniu para consolidar as anotações do trabalho, resumir as informações, as impressões e as implicações das informações para o estudo. É importante reforçar que nesta fase da coleta também foram tomadas todas as medidas protetivas de biossegurança e distanciamento para prevenção da COVID-19.

### **5.5 Organização, análise e interpretação dos dados**

Os processos de produção, organização e análise dos dados ocorreram de forma simultânea, para facilitar a imersão gradativa da pesquisadora nos relatos das informações, e provocar a reflexão sobre como fazer as interpretações e descobrir as lacunas que podiam ser preenchidas ao longo do processo.

A análise qualitativa dos dados foi realizada com auxílio do *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Os *softwares* de análise de dados qualitativos são programas que facilitam a administração e estruturação dos dados, seu uso proporciona praticidade para visualizar o material coletado, diminuindo o tempo de trabalho e aumentando a transparência no processo de análise (SALVADOR *et al.*, 2019).

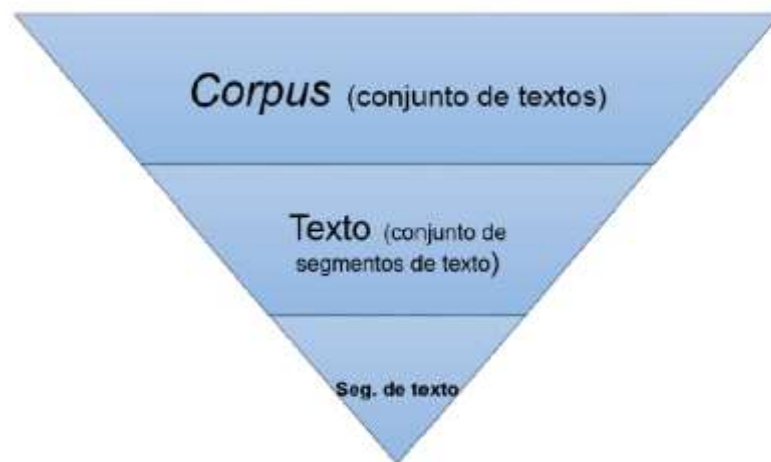
Esses programas levam o pesquisador a uma visão sistematizada dos dados divididos em partes ou completos, contribuindo com o trabalho na organização, exploração e codificação do material coletado. Ainda assim, é importante mencionar que apesar de facilitarem muito o processo de análise dos dados para a codificação, não substituem o raciocínio e expertise do pesquisador (MOREIRA, 2007).

A análise textual é um tipo específico de análise de dados facilitada pelo uso do *software*, na qual trata-se com material verbal transcrito, ou seja, textos. A partir dela é possível realizar análise de entrevistas, documentos, redações. Para melhor compreensão da análise textual, faz-se necessário apresentar alguns conceitos importantes (Figura 4) (CAMARGO; JUSTO, 2018):

- *Corpus*: Construído pelo pesquisador e corresponde ao conjunto de textos que se pretende analisar. Exemplo: conjunto de entrevistas realizadas com determinada amostra.

- Texto: A definição dessa unidade é feita pelo pesquisador e depende da natureza da pesquisa. Exemplo: se a análise for aplicada a um conjunto de entrevistas, cada uma delas será um texto.
- Segmentos de texto (ST): São os ambientes das palavras. Podem ser construídos pelo pesquisador ou automaticamente pelo *software*. São as principais unidades de análise textual desse tipo de software

**Figura 4** - Noções de Corpus, Texto e Segmento de texto



Fonte: (CAMARGO; JUSTO, 2018).

O IRAMUTEQ possibilita 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 - CHD, análises de similitude), além de organizar a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (CAMARGO; JUSTO, 2018).

Para a análise do texto, foi utilizado neste trabalho o método da CHD (método de Reinert), em que os textos são divididos em ST e estes são classificados em função de seus respectivos vocabulários. A partir de matrizes que cruzam ST e palavras (por meio de repetidos testes Qui-quadrado ( $X^2$ ) de associação dos ST que contém a palavra com a respectiva classe; adotado valor de  $p < 0,05$ , representando o nível de significância da associação do ST contendo a palavra com a respectiva classe), foi aplicado o método da CHD para obter uma classificação estável e definitiva. A análise por essa classificação visa obter classes de ST que, além de terem apresentado vocabulário semelhante entre si, tinham vocabulário diferente das outras classes (RATINAUD; MARCHAND, 2012).

A partir das análises, o *software* organiza os dados em um dendograma da CHD, mostrando as relações existentes entre as classes. Essas classes de palavras são compostas por vários ST em função de uma classificação segundo a distribuição do vocabulário. Reinert e Alceste (1990) utilizaram a noção de “mundo” para caracterizar as classes, 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.

Essas classes de ST são compostas por uma classificação segundo a presença ou ausência de determinado vocabulário, e 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 (CAMARGO; JUSTO, 2018; REINERT, 1987).

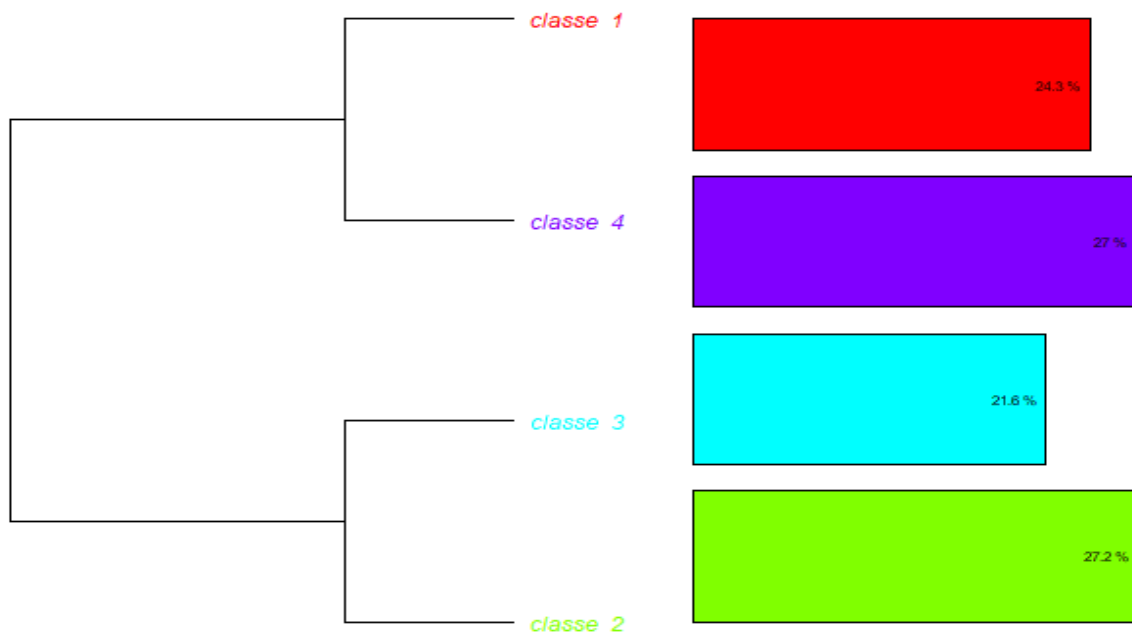
Para analisar o conteúdo foi adotada a técnica de Análise Temática (AT), que se baseia em determinar os “núcleos de sentido” que formam a comunicação, considerando a sua frequência de aparição (MINAYO, 2011). É um método que examina eventos, experiências e significados, funcionando tanto para refletir sobre a realidade dos participantes como também desvendar a superfície dessa realidade. Esse tipo de análise possibilita uma descrição mais detalhada e diferenciada sobre um determinado tema específico ou um conjunto de temas, sendo identificados a nível latente, ou seja, além do conteúdo semântico dos dados, identificando ideias, suposições e ideologias subjacentes (BRAUN; CLARKE, 2006).

Segundo este referencial, a AT ocorre em seis etapas, as primeiras são facilitadas pelo uso do IRAMUTEQ, fazem parte delas a familiarização com os dados (primeira etapa), envolvendo a imersão por meio da leitura repetida dos dados, buscando significados e padrões; a segunda etapa é a geração dos códigos iniciais, para que o pesquisador identifique as características dos dados que podem ser considerados em relação ao fenômeno estudado; a terceira é a busca pelos temas, e só tem início quando todos os dados forem codificados e agrupados, assim o pesquisador realiza a triagem e seleção dos diferentes códigos em temas potenciais (BRAUN; CLARKE, 2006; ROSA, MACKEDANZ, 2021).

A quarta etapa é a revisão dos temas, envolvendo a revisão do conjunto de dados e verificação se os temas têm relação com o conjunto de dados ou se há necessidade de codificar dados adicionais. A quinta etapa se refere a definição e denominação dos temas, faz parte dela os refinamentos finais e é nesta fase em que se dá título de trabalho aos temas. A sexta etapa é a produção do relatório, acontece a partir do momento em que se tem um conjunto de dados completamente trabalhados, contempla a análise final e escrita, nesta fase seleciona-se os exemplos que capturam a essência do ponto que é demonstrado em cada tema, pois é importante que a análise escrita forneça um relatório conciso, coerente e lógico (BRAUN; CLARKE, 2006; ROSA, MACKEDANZ, 2021).

O IRAMUTEQ reconheceu a separação do corpus geral, constituído por 22 textos provenientes das entrevistas individuais, em 464 ST com aproveitamento de 408 ST (87,93%). Emergiram 16.155 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.085 palavras distintas e 1.018 com uma única ocorrência. O corpus originou quatro classes lexicais: Classe 1 com 99 ST (24,26%); Classe 2 com 111 ST (27,21%); Classe 3 com 88 ST (21,57%) e Classe 4 com 110 ST (26,96%). Vale ressaltar que as quatro Classes se encontram divididas em duas ramificações (A e B) do Corpus total em análise, o subcorpus A composto pelas Classes 1 e 4 e o subcorpus B, composto pelas Classes 3 e 2 (Figura 5).

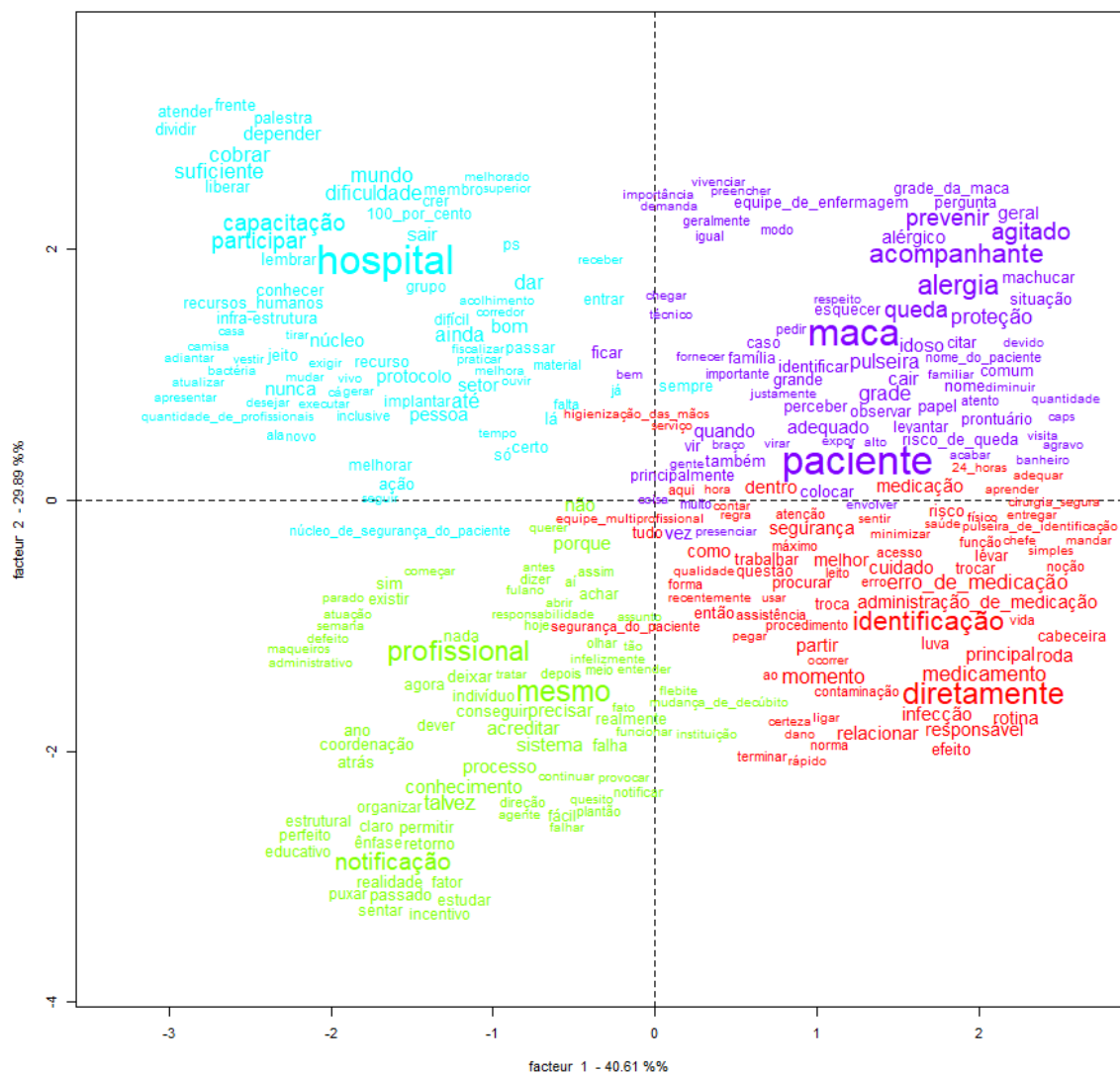
**Figura 5** - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente. Teresina, PI. 2022



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A partir da Análise Fatorial por Correspondência (AFC), foi possível realizar a associação entre as palavras das classes, considerando a sua frequência de incidência no texto, representando-as em um plano cartesiano (Figura 6). Na imagem, as palavras de todas as classes se apresentam em um segmento centralizado de cada quadrante que se expande para pontos periféricos, há poucas palavras que ultrapassam o quadrante da própria classe, apresentando, dessa forma, separação significativa entre elas.

**Figura 6** – Classificação Hierárquica Descendente dos resumos no plano cartesiano. Teresina, PI. 2022

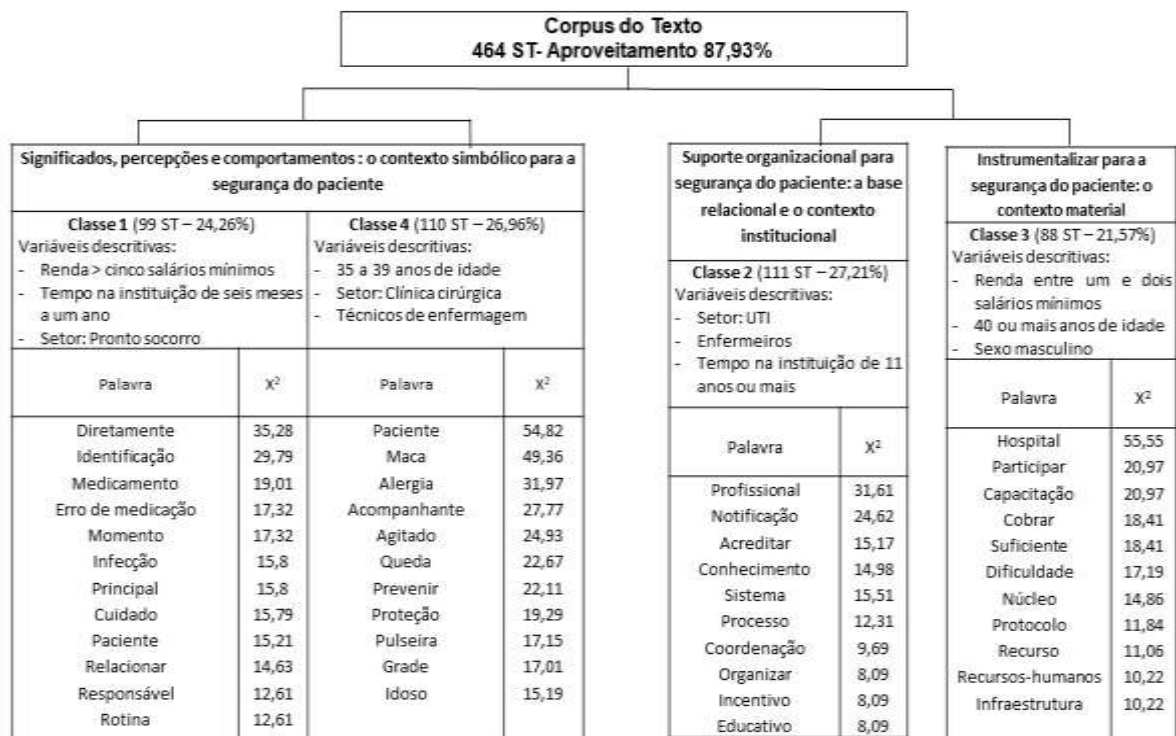


Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Relacionando a imagem acima ao dendograma supracitado (Figura 5), observa-se que o subcorpus A, formado pelas Classes 1 (vermelha) e 4 (azul escura), apresenta seus ST em quadrantes diferentes, sendo que algumas palavras estão ultrapassando o quadrante da sua classe, o que remete a uma certa aproximação entre elas. Da mesma forma ocorre entre o subcorpus B, formado pelas Classes 2 (verde) e 3 (azul claro), que possuem seus ST em quadrantes diferentes, e existem formas da Classe 3 adentrando levemente ao quadrante da Classe 2. Desse modo é perceptível que as Classes possuem um tema central, no entanto, infere-se uma proximidade entre os temas de cada classe, ou seja, seus conteúdos estão próximos.

A partir da identificação das palavras e dos ST que formam cada Classe, foi possível realizar análises e proposições entre elas, assim como interpretar as relações intra e inter classes e ST formadores de cada uma e oriundos do corpus total, a partir dessas análises deu-se nomes às classes. Para melhor visualização, elaborou-se um organograma com a lista de palavras de cada classe e as variáveis componentes de cada uma delas, geradas a partir do teste qui-quadrado, nele emergem as evocações que apresentam vocabulário semelhante entre si e diferente das demais (Figura 7).

**Figura 7** – Organograma das Classes da Classificação Hierárquica Descendente. Teresina, PI. 2022



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.



Observa-se que, a partir das Classes 1 e 4 emergiu uma categoria nomeada “Significados, percepções e comportamentos: o contexto simbólico para a segurança do paciente”, que para proporcionar melhor entendimento foi subdividida em duas subcategorias “O contexto simbólico na perspectiva dos profissionais de enfermagem sobre segurança do paciente” e “O contexto nas vivências e experiências com a segurança do paciente”. A partir da Classe 2 emergiu a categoria “Suporte organizacional para a segurança do paciente: a base relacional e o contexto institucional” e a partir da Classe 3 emergiu a categoria “Instrumentalizar para a segurança do paciente: o contexto material”. Acrescenta-se que a última categoria intitulada “A intervenção educativa no processo de construção do conhecimento e de boas práticas relacionadas à segurança do paciente” emergiu da análise temática das discussões dos GFs, sem auxílio do *software*. No capítulo seis estão descritas, operacionalizadas e exemplificadas cada uma dessas categorias surgidas do estudo.

## **5.6 Aspectos éticos**

O projeto do presente estudo foi encaminhado para apreciação do hospital em questão, onde obteve a carta de anuência (ANEXO A) para sua realização, e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, obtendo parecer favorável nº 4.869.876 e CAAE: 48500621000005660 (ANEXO B). Ressalta-se que foram obedecidas todas as exigências do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito à execução de pesquisas com seres humanos, com base na Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012); às diretrizes éticas específicas para as Ciências Humanas e Sociais, com base na Resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016) e às especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para SUS, com base na Resolução nº 580/18 (BRASIL, 2018b).

O estudo foi realizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E) e o Termo de Cessão para Utilização de Interpretação, Imagem e Som de Voz e Cessão de Direitos Conexos (APÊNDICE F) em todas as etapas da coleta de dados, após o esclarecimento sobre os objetivos do estudo, metodologia, riscos e benefícios. Preenchido em duas vias de igual conteúdo, ficando uma cópia com a pesquisadora e outra com o participante da pesquisa. O termo garantiu a preservação do anonimato, sendo assegurada a desistência a qualquer momento da pesquisa.

Destaca-se que a participação nessa pesquisa ocorreu segundo todos os protocolos de biossegurança e todas as medidas protetivas contra a COVID-19 foram adotadas, desde a disponibilização de EPIs (máscara), álcool em gel e respeito ao distanciamento social (dois metros); para que os riscos biológicos pudessem ser minimizados. Não existiram outros riscos de ordem física e biológica, no entanto, entendendo que as questões do roteiro de entrevistas ou a participação nos GFs poderiam causar desconforto e constrangimento, para reduzi-los os participantes foram sensibilizados anteriormente sobre o não julgamento sobre as respostas e discussões em grupo, além de serem assegurados que os dados coletados só seriam utilizados no âmbito da pesquisa.

A participação trouxe benefícios para os profissionais do hospital, no momento da sua realização, devido à oferta da intervenção educativa, e ainda, posteriormente, os resultados poderão contribuir para que seja possível entender melhor o seu ambiente de trabalho e para estimular outras intervenções voltadas a sua segurança e à segurança do paciente. Esta pesquisa ainda trouxe maior conhecimento sobre o tema abordado, visando obter benefícios aos serviços e profissionais, almejou-se contribuir com a prática assistencial do serviço, assim como na qualificação desses trabalhadores da saúde.