

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

SÍLVIA HELENA DE OLIVEIRA LARA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM HOSPITAIS COM BASE NO
GERENCIAMENTO DE RISCOS: VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO**

Alfenas/MG

2021

SÍLVIA HELENA DE OLIVEIRA LARA

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM HOSPITAIS COM BASE NO GERENCIAMENTO
DE RISCOS: VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Linha de Pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde e Educação. Orientadora: Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck.

Alfenas/MG

2021

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central – Campus Sede

Lara, Sílvia Helena de Oliveira
L318q Qualidade da assistência em hospitais com base no gerenciamento
de riscos: vivência do enfermeiro / Sílvia Helena de Oliveira Lara. –
Alfenas, MG, 2021.
159 f.: il. –

Orientadora: Zélia Marilda Rodrigues Resck.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de
Alfenas, 2021.
Bibliografia.

1. Qualidade da Assistência à Saúde. 2. Gestão de Riscos. 3. Cuidados
de Enfermagem. Hospital. I. Resck, Zélia Marilda Rodrigues. II. Título.

CDD- 610.73

SÍLVIA HELENA DE OLIVEIRA LARA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM HOSPITAIS COM BASE NO GERENCIAMENTO DE RISCOS:
VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 01 de dezembro de 2021

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Mirelle Inácio Soares
Instituição: Centro Universitário de Lavras

Profa. Dra. Roberta Seron Sanches
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Zélia Marilda Rodrigues Resck, Professor do Magistério Superior**, em 01/12/2021, às 15:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Seron Sanches, Professor do Magistério Superior**, em 01/12/2021, às 15:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mirelle Inácio Soares, Usuário Externo**, em 01/12/2021, às 17:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0625623** e o código CRC **9CFB5A71**.

Dedico à **Deus**, que está sempre presente em todos os momentos de minha vida, seja nas conquistas e alegrias ou fragilidades e tristezas.

Ao meu esposo, **Roberto**; meus filhos, **Ana Olívia e José Olavo**, pelo constante incentivo e compreensão.

À minha mãe **Inês**, pelo amor incondicional e por me manter sempre em suas orações.

AGRADECIMENTOS

À Deus e ao Divino Espírito Santo, por iluminar meu caminho, possibilitar melhores condições para concluir este trabalho.

À minha Orientadora, Professora Dra. **Zélia Marilda Rodrigues Resck**, por sua maestria, paciência, ensinamentos e apoio incondicional. À senhora Profa. Zélia toda minha gratidão, admiração, carinho e respeito.

À Dra. Maria Regina Martinez, pela valiosíssima contribuição acerca do objeto de estudo da presente pesquisa. Meus sinceros agradecimentos e admiração.

À Dra. Roberta Seron Sanches e Dra. Mirelle Inácio Soares, membros da Banca Examinadora, pelas valiosíssimas contribuições para a robustez desta pesquisa.

À Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG e a todos os Professores da Pós-Graduação, por possibilitarem a concretização do meu sonho.

Aos oito enfermeiros depoentes desta presente investigação, obrigada pela imensa contribuição. Deus os abençoe.

Ao meu esposo Roberto, pela paciência, amor e imenso apoio. Amo você!

Aos meus filhos Ana Olívia e José Olavo, por compreender minhas ausências e pelo apoio até nos afazeres domésticos.

Aos meus pais Antônio e Inês, amor sem igual, por estarem sempre torcendo por mim. E principalmente a você mãe, pelas orações e preocupações. “Como é grande meu amor por vocês!”

Aos meus irmãos Giovane e Bruno por torcerem por mim, mesmo que não me compreendam.

A todos os tios e tias, cunhada, sobrinhas, primos, primas e amigos, em algum momento participaram do meu sonho.

Ao meu primo de consideração Mateus Oliveira por estreitar meu relacionamento com os quadros do presente estudo. O meu muito obrigada, você é fera!

“ O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001. ”

RESUMO

O gerenciamento de riscos faz-se necessário para implantar e implementar ações estratégicas para diminuir ou evitar os riscos inerentes ao atendimento nos hospitais. O enfermeiro tem papel fundamental na produção de saúde, seja na gerência sistematizando o processo assistencial, ou na assistência prestando cuidado direto. Este estudo tem por objetivo analisar a qualidade da assistência em hospitais com base no gerenciamento de riscos segundo a vivência de enfermeiros. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo-exploratório, realizado com oito enfermeiros, responsáveis pelo gerenciamento de riscos no ambiente hospitalar, abrangendo seis municípios do sul de Minas Gerais e um da região metropolitana de Belo Horizonte. Para seleção dos participantes foi aplicada a técnica *snowball* (bola de neve). Os dados foram coletados por meio de um questionário semi-estruturado com questões de caracterização pessoal e profissional e entrevista com questionamento aberto: Fale sobre a qualidade da assistência em hospitais com base no gerenciamento de riscos segundo sua vivência de enfermeiro. Utilizou-se como referencial metodológico a hermenêutica dialética. Para análise de dados foi empregado análise temática indutiva nas seis fases. Em relação a caracterização pessoal e profissional, houve predomínio de 75% do sexo feminino, a idade entre 31 e 40 anos, o tempo de formado entre zero e 10 anos e que possuía especialização; 50% dos depoentes tinham entre um e menos que 10 anos de tempo no cargo; dois deles possuía mestrado e um em andamento, mas nenhum tinha doutorado. Após a familiarização dos dados, os códigos foram agrupados constituindo-se três subtemas dentro da temática central. A partir dos Mapas Temáticos foi possível eleger três temas: Tema I: Processos Assistenciais; Tema II: Inovação Tecnológica e Tema III: Limites e Possibilidades. O Tema I engloba três subtemas: Protocolos de Segurança do Paciente, Sistematização da Assistência de Enfermagem e Mapa de Gerenciamento risco. Do Tema II foi identificado um subtema: Tecnologias. E o Tema III apresenta dois subtemas: Facilidades e Dificuldades. Apreendeu-se que a qualidade da assistência em hospitais tendo como base o gerenciamento de riscos, apresenta desafios no que se refere à implantação e implementação de Protocolos de Segurança do Paciente. O uso de tecnologia precisa abranger toda a extensão do atendimento e o número de profissionais precisa ser adequado para que em conjunto, o cuidado possa ser mais seguro. A comunicação também precisa ser mais efetiva, tendo em vista, uma assistência com menos riscos. Além disso, é necessário maior engajamento da alta gestão no processo de promover melhores condições de trabalho. Este estudo permite conhecer a atuação do enfermeiro no gerenciamento de riscos, com vistas a segurança do paciente e a

qualidade da assistência, retroalimentar a ciência da Enfermagem e nortear o processo de trabalho dos enfermeiros no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão de Riscos; Cuidados de Enfermagem. Hospital.

ABSTRACT

Risk management is necessary to implant and implement strategic actions to decrease and avoid attendance risks in hospitals. The nurse has a fundamental role in the health system, either in the management position, planning the aid process, or assisting directly in the nursing care. This study aims to analyze the quality of hospital assistance based on risk management according to nurses' experiences. It is a qualitative descriptive-exploratory study made with 08 nurses responsible for risk management in the hospital environment, covering 06 towns in Minas Gerais' south and one in Belo Horizonte's metropolitan region. The Snowball technique was applied to select the candidates. The data was collected through a semi-structured questionnaire containing personal and professional characterization and an opened question interview: Talk about the hospital assistance based on risk management according to your experience as a nurse. The hermeneutic dialectics was used as a methodological reference. To analyze the data the Inductive Thematic Analysis was applied along with its six phases. In regard to the personal and professional characterization, there was a 75% feminine gender prevalence, aged between 31 and 40 years old, who have been graduated for over 0 to 10 years and who had a specialization; Half of the participants had between 01 and 10 years of work experience; two of them had master degrees, one was in progress, but none of them had a PhD. After the data collection was established, the codes were gathered in three subthemes in the central idea. From the Theme Maps it was possible to elect three main themes: Theme 1: Assistance processes; Theme 2: Technological innovation and Theme 3: Limits and possibilities. The first theme encompasses three subthemes: Patient's security protocols, nursing assistance system and risk management map. The second one encompasses one subtheme: technologies. And the third theme encompasses two subthemes: facilities and difficulties. It was learned that the assistance's quality in hospitals is based on risk management and presents challenges in reference to the implantation and implementation of the Patient's Security Protocol. The technology use must cover the extension of the service and the number of professionals must be adequate to make the care safer. The communication also needs to be more effective aiming for a less risky assistance. Besides, the high management's engaging to the process of promoting better work conditions. This study allows the knowledge of the nurse's acts in the risk management, considering the patient's safety and assistance's quality, providing feedback to the Nursing science and guide the nurses' work process in the hospital environment.

Key words: Quality of Health Care; Risk Management; Nursing Care. Hospital.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Apresentação dos códigos e extratos relevantes.....	126
Quadro 2a -	Apresentação dos depoimentos dos enfermeiros participantes no tema 1- Processos assistenciais, nos subtemas 1.1-Protocolos de Segurança do Paciente, 1.2 – Sistematização da Assistência de Enfermagem e 1.3 – Mapa de risco. Alfenas-MG, março – abril, 2021.....	129
Quadro 2b -	Apresentação dos depoimentos dos enfermeiros participantes no tema 2- Inovação Tecnológica, nos subtemas 2.1-Tecnologias, 2.2 – Prontuário Eletrônico. Alfenas-MG, março – abril, 2021.....	145
Quadro 2c -	Apresentação dos depoimentos dos enfermeiros participantes no tema 3- Limites e Possibilidades, nos subtemas 3.1-Facilidades, 3.2 – Dificuldades. Alfenas-MG, março – abril, 2021.....	148

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis “sexo”, “idade”, “tempo de formado”, “tempo no cargo”, “especialização”, “mestrado” e “doutorado”, Mar./Abr. 2021, Alfenas-MG.....	44
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa Temático Inicial Parcial do Subtema 1 intitulado: Processos Assistenciais.....	37
Figura 2 -	Mapa Temático Inicial Parcial do Subtema 2 intitulado: Inovação Tecnológica.....	38
Figura 3 -	Mapa Temático Inicial Parcial do Subtema 3 intitulado: Limites e Possibilidades.....	39
Figura 4 -	Mapa Temático Final.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CAAE	- Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CCIH	- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
EPI	- Equipamento de Proteção Individual
EUA	- Estados Unidos da América
GM	- Gabinete do Ministro
GUT	- Gravidade, Urgência e Tendência
IOM	- Institute of Medicine
LILACS	- Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	- Ministério da Saúde
NIC	- Nursing Interventions Classification
NOC	- Nursing Outcomes Classification
NSP	- Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCIELO	- Scientific Electronic Library Online
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAL	- Universidade Federal de Alfenas
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	JUSTIFICATIVA.....	18
3	OBJETIVO.....	20
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
4.1	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	21
4.2	GERENCIAMENTO DE RISCOS E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	25
5	MÉTODO.....	30
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	30
5.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	31
5.3	CENÁRIO DE ATUAÇÃO E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	32
5.4	PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO.....	33
5.5	TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS.....	33
5.6	ANÁLISE DE DADOS.....	35
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
6	RESULTADOS.....	44
6.1	CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL.....	44
6.2	VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM HOSPITAIS COM BASE NO GERENCIAMENTO DE RISCOS.....	45
7	DISCUSSÃO.....	66
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
	REFERÊNCIAS.....	103
	APÊNDICES.....	121
	ANEXOS.....	155

1 INTRODUÇÃO

Como resultado de uma assistência insegura atribui-se 64 milhões de vidas perdidas anualmente, sendo que o evento adverso está entre as 10 principais causas de morte e invalidez em todo o mundo (WHO, 2018).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) divulgou em 2017, por meio do Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15, que o maior número de incidentes relacionados à assistência à saúde no Brasil, acontecem no hospital atingindo uma taxa de 94% com maior prevalência nos setores de internação (53,2%) seguidos da Unidade de Terapia Intensiva (29,8%) (BRASIL, 2017a).

Acrescenta-se que o dano pode acontecer durante a assistência ao paciente e por isso o hospital é um ambiente de risco, face a possibilidade de agravar o estado de saúde do mesmo (FASSINI; HAHN, 2012). Nessa perspectiva, a preocupação relacionada à segurança do paciente e à qualidade da assistência prestada no hospital vem recebendo destaque nos estudos científicos e no cotidiano dos serviços de saúde (CEDRAZ *et al.*, 2018).

Os hospitais brasileiros possuem diferentes infraestruturas, oferecem variados tipos de serviços além de diversos níveis de qualidade (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008). Mas dentre os objetivos presentes nesses tipos de instituições, o que se destaca é oferecer qualidade na prestação de serviços mediante sua peculiaridade de recursos existentes, porém, favoráveis à prevenção de agravos à saúde ou à cura e reabilitação de doentes (GONÇALVES, 1983).

No ambiente hospitalar, os enfermeiros sabem que são responsáveis por oferecer um cuidado livre de danos, por meio de ações sistematizadas e fundamentadas nas políticas de qualidade e na ética profissional. Porém, no cotidiano, a sua atuação limita-se à sobrecarga de trabalho e à superlotação (SILVA *et al.*, 2018).

O processo de trabalho em enfermagem é complexo e abrangente no que tange a assistência e gerência. O gerenciar em enfermagem exige o aprimoramento do conhecimento para sanar as dificuldades inerentes a essa função no ambiente hospitalar. Para romper com as dificuldades de cuidar e gerenciar visando o cuidado com qualidade é necessário atrelar-se a meios e instrumentos próprios de gestão, além do desenvolvimento contínuo das competências do enfermeiro (SANTANA; SILVA, 2018).

Dentre os aspectos dificultadores da atuação do enfermeiro em cargos gerenciais no hospital estão os modelos de gestão institucional, que refletem na tomada de decisão e na comunicação efetiva; a gestão de pessoas, que inclui um número diversificado de profissionais para atendimentos às altas complexidades, o número insuficiente que prejudica na concretização do serviço e a gestão de infraestrutura, pois engloba os recursos materiais e a infraestrutura da instituição, que nem sempre existem em número suficiente e adequado para o atendimento qualificado (SILVA *et al.*, 2020b).

Assim reforça-se que a atuação do enfermeiro no processo gerencial de enfermagem no hospital, requer fundamentalmente o aprimoramento de suas competências, na comunicação efetiva, na tomada de decisão, na capacidade de liderança, no planejamento e organização. No entanto, na práxis, o que se percebe, são fatores que interferem na efetividade do papel desse profissional (FERRACIOLI *et al.*, 2020).

A enfermagem está extremamente ligada a segurança do paciente, por ser o maior número de profissionais da área da saúde em instituições de alta complexidade e propícias a riscos e onde ocorre também envolvimento de instalações, medicamentos, equipamentos e relacionamento de pessoas. Sendo assim, o enfermeiro deve ter um espírito de liderança voltado para o cuidado seguro embasado na busca constante pelo conhecimento. Porém, estudos demonstram que um número insuficiente de profissionais de enfermagem e condições inadequadas de trabalho contribuem para o aumento do número de incidentes e de gastos com a saúde, gerando indicadores assistenciais negativos (BEZERRA, 2018).

A segurança do paciente envolve estratégias para reduzir ou eliminar os riscos durante a assistência prestada nos estabelecimentos de saúde. Implantar uma cultura de segurança nos serviços de saúde significa aprender com os erros já cometidos, rever as práticas assistenciais e levantar possíveis danos como forma de evitá-los e, assim, realizar o gerenciamento de riscos (BRASIL, 2017b).

Sabe-se que o gerenciamento de riscos possibilita promover a segurança do paciente e melhorar a qualidade da assistência à saúde. Dessa forma, o enfermeiro se faz muito importante no gerenciamento de riscos, pois é o profissional que orienta os cuidados prestados, que estabelece os protocolos, que capacita e atualiza a equipe, ou seja, é o responsável por todo o processo que envolve a assistência de enfermagem ao paciente (CEDRAZ *et al.*, 2018).

Dessa forma, o presente estudo tem como questionamento: qual é a vivência do enfermeiro na qualidade da assistência em hospitais tendo como base o gerenciamento de riscos?

2 JUSTIFICATIVA

Evidencia-se que as políticas de saúde estão voltadas para a segurança do paciente, tendo em vista os números elevados e assustadores nas estatísticas relacionadas aos danos evitáveis, resultantes dos cuidados em estabelecimentos de saúde.

Sabendo-se que um dos objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2013, é implementar ações que promovam a segurança do paciente mediante a implantação do gerenciamento de riscos nos estabelecimentos de saúde, e que o mesmo reconhece a importância de pesquisas na temática, Brasil (2013a), faz-se necessário analisar a vivência do enfermeiro na qualidade da assistência em hospitais tendo por base o gerenciamento de riscos para saber o que se tem feito para reduzir os riscos e as demandas para serem implementadas.

A atuação do enfermeiro no gerenciamento de riscos é de fundamental importância, uma vez que a elaboração e implementação de estratégias e ações para evitar danos no ambiente hospitalar faz parte das suas competências. Dessa forma, os estabelecimentos de saúde, diante das inovações nos campos da tecnologia e da ciência, os enfermeiros devem agir como facilitadores na disseminação do conhecimento visando à qualidade do serviço prestado (SILVA; CAMACHO; VALENTE, 2020).

O cuidado recebido nos serviços de saúde é fruto de grande preocupação para as políticas que estão envolvidas com a melhoria da qualidade do processo assistencial, visto que, o evento adverso com consequente dano ao paciente em todo o mundo, vem aumentando, principalmente nos hospitais. Dessa forma, faz-se oportuno realizar mais pesquisas que abordem a qualidade da assistência nos estabelecimentos de saúde tendo em vista a segurança do paciente (SILVA *et al.*, 2016).

Para tanto, as contribuições deste estudo serão fornecer subsídios aos profissionais de enfermagem para refletirem sua prática e desenvolverem suas competências com vistas à maior eficácia no gerenciamento de riscos no ambiente hospitalar. Para o hospital, contribuir com os gestores das instituições na avaliação do atendimento oferecido à população; efetivar o compromisso social com a comunidade e delinear estratégias para melhorar a qualidade da assistência. Para o paciente, oferecer maior segurança e qualidade na assistência durante o período de internação para tratamento e reabilitação. No contexto científico, o estudo poderá

agregar conhecimento na temática. No contexto acadêmico, oferecer maior embasamento na formação em relação à segurança do paciente e o gerenciamento de riscos.

3 OBJETIVO

Analisar a qualidade da assistência em hospitais com base no gerenciamento de riscos segundo a vivência de enfermeiros.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Após a publicação do relatório “To Err is Human” pelo Institute of Medicine (IOM), em 1999, a segurança do paciente passou a ser assunto de destaque e os eventos adversos passaram a ser tratados com mais seriedade por serem a causa dos muitos óbitos nos Estados Unidos da América (EUA), além de gerar custos elevados para os sistemas de saúde. A incidência de evento adverso é resultado de uma prática assistencial que gerou um dano ao paciente, associada ou não a outros fatores, o que contraria os quesitos de segurança em estabelecimentos de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Face a esse problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a Resolução WHA 55.18, “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, em 2002, durante a 55ª Assembleia Mundial de Saúde, uma estratégia para alertar os serviços de saúde. Em 2004, a OMS lançou a Aliança Global de Segurança do Paciente, sendo essa uma iniciativa para estabelecer a meta de segurança, nos estados membros, de não causar danos, além de diminuir as consequências por práticas inseguras. Esta meta foi promovida pela OMS, pelos formuladores de políticas de saúde, chefes de agências e representantes de pacientes (WHO, 2008).

Em 2005 foi lançado o primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente com o tema: “Higienização das Mãos” (WHO, 2005) e o segundo em 2008, “Cirurgia Segura”, com as finalidades de reduzir as infecções e diminuir os riscos relacionados a cirurgia, respectivamente, durante uma assistência nos estabelecimentos de saúde (WHO, 2008b). Em 2017 surgiu o terceiro Desafio “Medicação sem Danos” com o propósito de reduzir em 50% nos próximos 05 anos os erros graves e evitáveis (WHO, 2017).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 que objetivou qualificar o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013d). E a Resolução da Diretoria Colegiada 36, de 25 de julho de 2013, que objetivou a instituição de ações para a segurança do paciente assim como melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde.

Esta Resolução também traz a obrigatoriedade da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) (BRASIL, 2013a).

Compete ao Núcleo de Segurança do Paciente a implantação de ações para promover a segurança do paciente, o desenvolvimento de ações para a gestão de riscos, o monitoramento e a notificação dos eventos adversos (BRASIL, 2013a).

Uma das responsabilidades do Núcleo de Segurança do Paciente é implantar os protocolos básicos de segurança do paciente, que são meios para nortear os processos de trabalho, tendo em vista a qualidade da assistência. Em julho de 2013, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1377 aprovou os seguintes protocolos: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das Mãos e Úlcera por Pressão (BRASIL, 2013e). Em setembro do mesmo ano, foram aprovados os outros três protocolos: Prevenção de Quedas; Identificação do Paciente e Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Todos correspondem as metas internacionais de segurança do paciente, que visam um cuidado qualificado e livre de danos (BRASIL, 2013f).

Também constitui como atividade do NSP a identificação dos eventos adversos em todos os setores dos estabelecimentos de saúde, como forma de propor ações para evitá-los e aprimorar os processos assistenciais (BRASIL, 2013a)

Zanetti *et al.*, (2020), em um estudo de revisão demonstraram que a taxa de incidência de eventos adversos variou de 5,7 a 14,2% e de evitabilidade de 31 a 83% em análise retrospectiva de prontuários hospitalares. Estes resultados reforçam que a segurança do paciente precisa receber destaque dentre as preocupações existentes nestes tipos de estabelecimentos de saúde. Através destes dados é possível também pensar em ações que reduzam as atuais estatísticas e melhorem a qualidade da assistência à saúde, além de demonstrar uma forma de investimento para elevar os níveis de segurança do paciente.

Visando a qualidade da assistência, os estabelecimentos buscam por sistemas de avaliação dos cuidados em saúde. Caldana e Gabriel (2017) relatam que a qualificação dos estabelecimentos de saúde se dá por implantação de instrumentos baseados em regulamentos, padronizações e parâmetros que visam a acreditação hospitalar, que é um sistema de avaliação. Para implantação do programa de acreditação hospitalar é necessário articular envolvimento de todos os trabalhadores da instituição, de todos os setores (SIMAN *et al.*, 2017).

Os estabelecimentos de saúde brasileiros que se inserem nesse processo, o fazem de forma espontânea, não havendo obrigatoriedade até o momento e o Estado fica isento de

qualquer comprometimento. Dessa forma, as instituições podem pleitear a Acreditação brasileira ou estrangeira através de empresas com ou sem fins lucrativos (MALIK; SCHIESARI, 2012).

Os indicadores são as ferramentas utilizadas como métodos de avaliação da qualidade da assistência. Permitem identificar ações que precisam ser implantadas e/ou melhoradas assim como o que pode estar influenciando para que assistência não seja livre de riscos, onde o resultado é visto nas condições de saúde do paciente (BÁO *et al.*, 2019).

As constantes melhorias realizadas pelas instituições e a criação da cultura de segurança devem ser os objetivos primordiais para a implantação da Acreditação sendo a certificação apenas o triunfo das boas práticas inseridas e não o inverso (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Oliveira e Matsuda, (2016) elencaram as melhorias no gerenciamento, na focalização do cuidado ao usuário e na sua segurança como vantagens da Acreditação através das falas dos gestores da qualidade hospitalar. Como dificuldade na implantação e manutenção da Acreditação, citaram o estabelecimento da cultura organizacional em relação à qualidade dos serviços prestados e a diminuição da rotatividade dos profissionais.

A qualidade da assistência está fortemente ligada à segurança do paciente. Porém, Reis *et al.*, (2019) relatam que enfermeiros gestores apontam o número reduzido na equipe de enfermagem, o desinteresse na resolutividade de alguns problemas pelos ocupantes de cargos mais elevados na organização e a dificuldade no engajamento dos trabalhadores na assistência dificultam a implantação de estratégias para a segurança do paciente.

A qualidade da assistência articulada com os princípios do SUS deve ser refletida para que as necessidades de saúde do usuário sejam sanadas. A integralidade do cuidado intenta para uma soma de ações pautadas em competências multiprofissionais e de forma articulada. E o novo modelo de gerir das instituições está propício para que o enfermeiro assuma, entre outras competências, o papel privativo de gerenciar e para que o cuidado aconteça de forma integral. Destaca-se a coordenação do cuidado pela enfermagem para que a integralidade se efetue pelo fato de ser a única profissão que passa mais tempo em uma instituição, prestando assistência ininterrupta vinte e quatro horas por dia. (SOUSA *et al.*, 2017).

Oliveira *et al.*, (2014), em um estudo apontam que estratégias como a identificação dos riscos que os usuários estão sujeitos e estabelecimento de meios e ações para impedi-los assim como a sistematização da assistência foram elencadas por enfermeiros assistenciais

tendo em vista a segurança do paciente. Observaram também que o risco encontrado e transmitido aos demais da equipe dá início a cultura de segurança no ambiente de trabalho.

Utilizar das práticas baseadas em evidências para propor meios de evitar os riscos também foi elencado como estratégias para impedir um possível dano ao paciente. Somam-se ainda nesse contexto, a importância das experiências vivenciadas e o conhecimento adquirido durante o caminho percorrido para atuação como forma de interferir nos processos de riscos (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Atualmente, sabe-se que o enfermeiro enquanto profissional atua nos campos da pesquisa, assistência à saúde, gestão e educação e que ligadas umas às outras estão intimamente relacionadas à qualidade da assistência (LORENZETTI *et al.*, 2014). Diante disso, o enfermeiro é o principal autor, desde a implantação das vigilâncias até as notificações dos eventos adversos, além do monitoramento das ações de segurança.

O trabalho de enfermagem exige conhecimento sobre administração e organização do trabalho em saúde, além do desenvolvimento das competências para promover um cuidado sem danos e por isso é muito amplo. Dentre outras funções do enfermeiro, a elaboração de protocolos torna-se indispensável para a segurança do paciente. Para sua construção é necessário a busca por estudos científicos, associados a experiências compartilhadas e meios favoráveis para que sua aplicabilidade seja realmente concretizada. Dentre as dificuldades encontradas nessa produção, implantação e implementação dos protocolos estão a indisponibilidade de tempo mediante o número elevado de atendimentos em ambiente hospitalar, rotatividade de pessoal e a falta de uma política de integração dos novos colaboradores (KRAUZER, 2018).

Partindo do pressuposto que a meta da enfermagem é prestar uma assistência de qualidade e que o paciente será o maior beneficiado, algumas estratégias precisam ser articuladas, dentre elas, as tecnologias do cuidado. Na atualidade é frequente a aplicação de tecnologias pelos enfermeiros durante a assistência, seja na forma de produto em que são considerados as ferramentas, o conhecimento e a informatização, seja na forma de processo que engloba os meios e métodos de levar instrução às pessoas (MORAIS de SABINO *et al.*, 2016).

Dessa forma, o enfermeiro, um educador por excelência, tem uma importante atribuição nesse momento em que a segurança do paciente é o principal tema das políticas de saúde. Cabe a ele desempenhar a função de educador para que na assistência permaneçam boas práticas, livres de risco. Diante do avanço da tecnologia, as atualizações se fazem

necessárias e bastante oportunas e as intervenções sejam frequentemente avaliadas como forma de manter o paciente seguro, livre de danos, recebendo atendimento de qualidade (CEDRAZ *et al.*, 2018).

4.2 GERENCIAMENTO DE RISCOS E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Riscos são levantamentos de possíveis perigos a que os pacientes estão sujeitos e que carecem de medidas para afastá-los ou anulá-los, que são encontradas a partir da análise dos fatores causais (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

O gerenciamento de riscos teve início nas associações militares e na indústria por meio do levantamento e avaliação dos riscos, as influências sobre esses e a elaboração de meios para identificá-los ou amenizá-los. Mas, somente em 2009 é que seus conceitos e métodos foram padronizados pela Norma ISO 31000 (Risk Management – Principles and Guidelines), e não são específicas para serviços de saúde (GAMA, 2017).

Segundo a RDC 36/2013 a gestão de riscos é definida como:

“Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional” (BRASIL, 2013a).

A segurança do paciente envolve o levantamento dos riscos em estabelecimentos de saúde e as ações para evitar que os danos atinjam os mesmos. Nesse sentido, foi criada a RDC 2/2010 da Anvisa que trata sobre a exigência do gerenciamento de riscos das tecnologias em saúde nas instituições. Esse regulamento envolve a Farmacovigilância (vigilância dos medicamentos), Hemovigilância (vigilância do sangue e hemocomponentes), Tecnovigilância (vigilância de equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso *in vitro*) e a Vigilância de Saneantes (BRASIL, 2010b).

E a partir da Portaria 529, de 1º de abril de 2013, iniciou a preocupação pela prevenção dos eventos adversos em estabelecimentos onde é prestada a assistência à saúde. Eventos adversos esses que podem causar danos irreversíveis além de elevados custos aos hospitais (BRASIL, 2013d).

A RDC da Anvisa, nº 36 de 2013, define incidente como “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde” e evento adverso: “incidente que resulta em danos à saúde” (BRASIL, 2013a).

A ocorrência de um evento adverso significa que o cuidado está distante do ideal. É um indicador que aponta a necessidade de medidas de intervenção urgentes. Desenvolver estratégias para diminuir novas possibilidades de sua ocorrência podem salvar vidas além de reduzir os gastos dos estabelecimentos de saúde, pois em sua maioria, os eventos adversos são evitáveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Vários são os fatores contribuintes para a ocorrência de eventos adversos nos estabelecimentos de saúde, os quais, não devem ser atribuídos a responsabilização do profissional no desempenho durante o processo assistencial, mas sim considerar as fragilidades e falhas no processo e no sistema (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019).

Uma das estratégias que alguns países estão usando é a notificação dos eventos adversos pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde por meio dos sistemas de notificação. Porém, em estudo recente percebe-se que os eventos adversos e os incidentes não estão sendo notificados. Atribui-se as não notificações ao medo, pois a cultura ainda ignora as falhas organizacionais responsabilizando apenas o profissional (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019).

Em outro estudo também apontaram além do medo, a falta de conhecimento dos profissionais sobre evento adverso, segurança do paciente, notificação, além da falta de capacitação para notificar e a falta de tempo (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

A notificação dos eventos adversos permite a obtenção de registros como forma de sensibilizar gestores para o desenvolvimento de educação permanente e mudança na cultura organizacional, substituindo o método punitivo para um modelo de responsabilização profissional seguido de uma busca pelas fragilidades na organização com vistas a segurança do paciente (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019). É também pela notificação dos eventos adversos que os dados subsidiarão o gerenciamento de riscos.

Conforme a RDC da Anvisa nº 36 de 2013, é de responsabilidade do Núcleo de Segurança do Paciente o gerenciamento de riscos e lhe compete “a identificação, análise, avaliação, monitoramento, tratamento e a comunicação de riscos” (BRASIL, 2013a).

O gerenciamento de riscos acontece a partir de mudanças dos hábitos diários que geraram danos ao paciente e da prevenção de perigos que possam vir a acontecer durante a

assistência nos estabelecimentos de saúde e assim, introduzir a cultura de segurança. As tarefas relativas ao gerenciamento de riscos reproduzem uma atitude competente diante dos perigos identificados, pois possibilitam planejar métodos e ações, em resposta aos mesmos (BRASIL, 2017b).

Riscos assistenciais são os riscos advindos da prestação de cuidados nos estabelecimentos de saúde por uma equipe de profissionais mediante a execução dos procedimentos operacionais (SANTOS *et al.*, 2017).

Foi evidenciado em estudos que os maiores riscos no ambiente hospitalar são os de infecção, lesão por pressão, queda, erro de medicação, relacionados a cirurgia e as falhas ou atraso no diagnóstico e no tratamento (SOUZA; LAGE; RODRIGUES, 2019). Dentro de uma unidade de Pronto Socorro elencaram os de infecção, de identificação e de flebite. Além disso, os enfermeiros relatam que se trata de um desafio para gerenciar os riscos assistenciais devido aos fatores externos e internos que refletem negativamente na gestão das pessoas e do cuidado (SANTOS *et al.*, 2017).

O risco de infecção existe devido à dificuldade encontrada na adesão às medidas de prevenção como resultado da resistência dos profissionais às mudanças de comportamento, contribuindo para as taxas indesejáveis de controle de infecção. O enfermeiro deve estabelecer ações de educação continuada como medida de sensibilização para produção de cuidado embasados na responsabilidade técnica e ética dos profissionais para prevenir infecções no âmbito hospitalar (NERE *et al.*, 2017).

Em relação ao risco de lesão por pressão, os cuidados devem ser prestados com vistas a prevenção, desde a admissão do paciente no hospital, usando escalas que pontuam esse risco e por meio dela planejar a assistência como forma de reduzir a prevalência dessas lesões, fazendo-se necessário uma assistência multiprofissional. A Escala de Bradem apresentou-se como um excelente instrumento para pontuar a vulnerabilidade do paciente às lesões por pressão (JANSEN; SILVA; MOURA, 2020).

O risco de quedas é um desafio para o enfermeiro, visto que, são vários os fatores desencadeadores da queda no paciente hospitalizado dentre eles estão: o uso de alguns medicamentos, o período pós-operatório, a falta de acompanhante, a dificuldade para deambular, problemas mictórios e a confusão mental. As melhores evidências permitem ao enfermeiro implementar ações como medidas de prevenção desse risco (SEVERO *et al.*, 2018).

O risco para o erro de medicação conta com os seguintes fatores: a falta de conhecimento sobre o medicamento, a diluição, a dosagem (subdose ou superdose), o aprazamento, as prescrições desprovidas de informações necessárias ou ilegíveis sobre o fármaco e a falta de informações sobre o próprio paciente. Esses fatores são cruciais para uma administração insegura de medicamentos (SOUZA *et al.*, 2019).

Os riscos relacionados a cirurgia podem ser minimizados pela adesão ao *checklist*, escala que pontua vários fatores que podem interferir na segurança do paciente nos períodos operatórios. Por meio do *checklist* a enfermagem pode atuar em aspectos específicos de forma a evitar erros que causem danos ao paciente (SILVA *et al.*, 2019a).

A identificação do paciente é uma das primeiras etapas de todo o processo assistencial do paciente. Dentre os recursos utilizados para a identificação estão: o uso de pulseiras, a placa beira leito, a dupla checagem, o prontuário seguro e a comunicação efetiva.

A identificação do risco pode seguir a metodologia prospectiva (quando ocorre uma suposição que um incidente possa ocorrer) para que a intervenção seja feita antecipadamente ou retrospectiva (quando o incidente já ocorreu), a intervenção será como forma de impedimento para novos incidentes da mesma proporção e em tempo real (durante a prestação da assistência) (GAMA; SATURNO, 2013).

Uma metodologia de qualidade utilizada em algumas instituições de saúde como forma de investigar os incidentes relacionados à segurança do paciente é a análise de causa raiz. Um método simples que permite rever como o incidente ocorreu detalhadamente (TEIXEIRA; CASSIANE, 2014).

A análise de causa raiz é um método sistemático, retrospectivo, que permite reconstituir o incidente de forma sequencial e identificar os fatores que influenciaram para que ocorresse e, dessa forma desenvolver meios que os impeça ou que diminuam as chances de ocorrer novamente, sempre de forma interrogativa “por que”, até que as razões sejam apontadas (WHO, 2009).

Rocha *et al.*, (2017) propõem ferramentas, já existentes, para a gestão de riscos na prestação de cuidados à saúde. O Brainstorming que funciona com a exposição de ideias de integrantes de um grupo que se reúnem para resolver um determinado problema. O Diagrama de Causa-Efeito ou Espinha de Peixe é realizado colocando o risco encontrado na cabeça do peixe, e as causas e fatores contribuintes encontrados em análise são dispostos nas espinhas ao longo do peixe e daí toma-se as decisões oportunas. O DEPOSE em que as práticas estão inseridas em cada letra da palavra inglesa Desenho (organizacional e do processo envolvido),

Equipamento, Procedimento, Operadores, Suprimentos e Ambiente. O SMART, Specific (traça-se o objetivo específico em relação ao risco), Mensurable (mensurar o impacto final do risco), Realistic (relevância no serviço de saúde) e Timely (tempo estabelecido). E o Bow Tie é uma descrição sistemática dos riscos desde suas causas até o efeito com foco na avaliação das barreiras.

Cedraz *et al.*, (2018) concluíram em um estudo que o gerenciamento de riscos em um hospital eleva a qualidade dos serviços prestados e gera segurança aos usuários e aos profissionais. O enfermeiro se faz muito importante no gerenciamento de riscos, pois cabe a ele desenvolver estratégias na identificação dos riscos, sistematizar a assistência para que o cuidado seja livre de danos e promover barreiras como forma de impedir qualquer prejuízo à saúde dentro desse ambiente.

Ressalta-se também a importância do envolvimento de todos os trabalhadores no gerenciamento de riscos por se tratar da sua complexidade. A organização precisa oferecer um ambiente de trabalho seguro para que a harmonia se estabeleça com os trabalhadores e entre eles. Nesse sentido, se faz necessária uma avaliação frequente dos riscos existentes e que poderiam ocorrer e desenvolver meios para afastá-los para que a segurança se restabeleça (CEDRAZ *et al.*, 2018).

O enfermeiro diante das novas perspectivas de gerenciar tem um papel fundamental na produção da saúde. A esse profissional estão atribuídas funções primordiais no que tange ao cuidado, seja atuando na gerência sistematizando o processo assistencial ou na assistência prestando o cuidado direto (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Dessa forma, o enfermeiro realiza o gerenciamento de riscos para fazer cumprir o objetivo da Organização Mundial de Saúde que é promover a segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde (SIMAN; BRITO, 2016).

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo-exploratório.

As pesquisas exploratórias visam à aproximação do problema em estudo tornando-o mais claro e compreensível ou o levantamento de hipóteses. Caracterizam-se pela flexibilidade, pois levam em consideração todas as informações acerca do objeto de estudo. Os dados geralmente são levantados por meio de pesquisas bibliográficas existentes, seguidos de entrevistas com pessoas que podem discorrer sobre o assunto embasados em sua vivência na prática. Por fim, realiza-se a análise de amostras para melhor compreensão (SELLTIZ *et al.*, 1967, p. 63 apud GIL, 2017).

As pesquisas descritivas visam descrever as peculiaridades de um grupo de pessoas, de um fato ou de um evento pré-estabelecido. Podem ser desenvolvidas ainda para verificar prováveis associações ou alguma relação entre variáveis. Inserem-se também nesta mesma classe os estudos que buscam opiniões ou se preocupam com o modo de ser e agir de um determinado grupo de pessoas inseridos no mesmo meio social (GIL, 2017).

Complementa-se que os pesquisadores interessados na atuação prática realizam pesquisas descritivas associadas às exploratórias (GIL, 2017).

Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa descreve as interpretações, os significados relativos ao desenvolvimento, às ações, aos relacionamentos e ao meio social a que está inserido.

Yin (2016) menciona que conceituar a pesquisa qualitativa é um desafio. Uma definição curta poderá excluir pesquisadores com interesse no método e uma definição ampla perderia suas particularidades. Sendo assim, o autor considera cinco características para distinguir a pesquisa qualitativa: 1- estudar o significado da vida das pessoas onde estão inseridas sem nenhuma interferência que possa afastar da realidade; 2- reproduzir as ideias e convicções do grupo; 3- incorporar os aspectos sociais, ambientais, ou seja, o meio que as pessoas estão inseridas; 4- permitir a explicação dos acontecimentos, dos processos sociais por meio de conceitos existentes ou emergentes; 5- coletar, integrar e apresentar dados de diversas fontes de evidência.

5.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Este estudo utilizou como referencial metodológico a hermenêutica dialética.

Habermas (1987a apud MINAYO, 2014, p. 166) associa hermenêutica e dialética para sintetizar os aspectos compreensivos e críticos para estudar o pensamento. Gadamer (1999, apud MINAYO, 2014, p. 166), define hermenêutica como a procura por compreensão de sentido que se tem na comunicação das pessoas por meio da linguagem do dia a dia, levando em conta o meio em que estão inseridas e sua cultura.

A hermenêutica apoia-se nos princípios da vivência cultural (Gadamer, 1999, apud MINAYO, 2014, p. 168) e das investigações das circunstâncias e das ações na prática (Habermas, 1987 apud MINAYO, 2014, p. 168).

A hermenêutica baseia-se no entendimento entre si das pessoas para que o relacionamento se estabeleça. A compreensão entra em ação quando o entendimento já não está ocorrendo (MINAYO, 2014).

A abordagem hermenêutica propõe clarificar a maneira de pensar e agir, apontar a razão e a responsabilidade presentes nas linguagens que permeiam a comunicação, inserir informações no contexto das diferentes pessoas, realizar o julgamento e transmitir seu posicionamento e relatar os fatos dos principais personagens (MINAYO, 2014).

A dialética estuda o diálogo, as indagações e as divergências de opiniões. Ela busca a elucidação das incógnitas e discrepâncias existentes na vivência das pessoas e faz sua contextualização sobre elas (MINAYO, 2014).

Habermas (1987, p. 20 apud MINAYO, 2014, p. 167) diz que “a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica”.

Por meio da abordagem dialética é possível realizar críticas e apreender contrapontos na linguagem por meio do desenvolvimento de estratégias específicas além de abarcar a análise dos significados existentes no meio social, destacar os métodos e sistemas que causam uniformidade ou oposição às opiniões e destacar a condição histórica da comunicação, ação e interação (MINAYO, 2002, apud MINAYO, 2014, p. 168).

Portanto, a hermenêutica e a dialética são excelentes instrumentos da metodologia analítica para produzir o entendimento e o discernimento do contexto acerca do ser humano considerando as variáveis que envolvem os fatores sociais, a saúde e a doença. São métodos que se complementam e servem de alicerce para pesquisas qualitativas (MINAYO, 2014).

5.3 CENÁRIO DE ATUAÇÃO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo enfermeiros que foram ou são responsáveis pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou pela gestão de qualidade ou pelo gerenciamento de riscos ou inseridos no Núcleo de Segurança do Paciente. Uma vez enfermeiros, são graduados em Enfermagem, sendo assim maiores de 18 anos.

Para a seleção dos participantes foi aplicada a técnica *snowball* (bola de neve). Trata-se de um método de amostragem não probabilística em que a coleta de dados tem sequência a partir da indicação de outro participante pelo primeiro entrevistado e o terceiro pelo segundo e assim continuamente até que ocorra repetição das elucidações dos pesquisados atingindo então o ponto de saturação (ALBUQUERQUE, 2009).

Inicialmente foi realizado contato telefônico com enfermeiro responsável pela gestão de qualidade de um hospital geral, conhecido da pesquisadora, e partir desse iniciou-se a técnica *snowball*. Importante esclarecer que não houve envolvimento das instituições hospitalares, uma vez que foi a partir de um enfermeiro que os demais foram contatados e convidados para participarem da pesquisa, compartilhando sua vivência enquanto atuante na função, independente da instituição.

Para definir o número de enfermeiros responsáveis pelo gerenciamento de riscos a ser investigado, foi considerado o tempo disponível para realizar as entrevistas, visto que Braun e Clarke (2019) não preconizam a saturação de dados como meio para definir o tamanho da amostra. Assim sendo, devido ao período de pandemia, a sobrecarga dos enfermeiros foi fator influenciador para que dos aproximadamente 18 enfermeiros contatados, apenas oito se dispuseram a realizar a entrevista. Recusaram participar da pesquisa 10 (dez) enfermeiros. Os motivos apresentados foram: problemas de saúde, gestação de risco, sendo a maioria por indisponibilidade de tempo face a sobrecarga agravada pela pandemia do COVID19.

Minayo (2017, p. 08), ressalta em um artigo que trata sobre amostragem e saturação que: *“Certamente o número de pessoas é menos importante do que o empenho de enxergar todas as possibilidades de se aproximar do objeto empiricamente, prestando-se atenção a todas as suas dimensões e interconexões”*.

Foram entrevistados oito enfermeiros, os quais foram indicados pelos seus pares, abrangendo seis municípios do Sul de Minas Gerais sendo: Alfenas, Pouso Alegre, Varginha, Passos, Alpinópolis, Poço Fundo e um da região metropolitana de Belo Horizonte. Foram

considerados oito participantes para a investigação, uma vez que, houve aproximação dos depoimentos obtidos pelas vivências dos entrevistados com o objeto de estudo. Em meio ao cenário vivido pela pandemia do COVID 19, a disponibilidade de tempo para as entrevistas foi dificultada mediante à sobrecarga de trabalho e à dupla jornada, vividas pelos enfermeiros, uma vez que foram realizadas independente da instituição e fora do horário de trabalho.

5.4 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO

A coleta ocorreu entre março e abril de 2021 em um único momento, ou seja, uma única entrevista por participante.

Período próximo ao exame de qualificação, pois ocorreu a necessidade de adequar o projeto de pesquisa que era quali-quanti e envolvia os hospitais. Para a autorização, foi enviado e-mail, após contato telefônico, para vinte e cinco hospitais. Apenas quatro retornaram após dois meses de insistência, sendo duas recusas, um condicionado a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital e apenas um com aceite, justificando-se assim, a mudança do método e da técnica de coleta de dados.

5.5 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal- MG e após a aprovação deu-se início à coleta de dados, por meio de uma entrevista, na qual foi aplicada um questionário semiestruturado.

Os dados foram coletados em duas etapas consecutivas: 1 – Caracterização pessoal e profissional com as seguintes informações básicas: sexo; idade; tempo de formado; tempo no cargo; se possuía alguma especialização, qual (is); se possuía mestrado e doutorado. 2 – Entrevista com questionamento aberto com a seguinte abordagem: Fale sobre a qualidade da assistência em hospitais com base no gerenciamento de riscos segundo sua vivência de enfermeiro (APÊNDICE A).

Devido ao distanciamento social pela pandemia foi utilizado o Programa Skype para a realização das entrevistas. Para isso, um link foi gerado e enviado ao e-mail pessoal do participante. O Programa Skype permite a comunicação via internet por meio de vídeo e áudio. A entrevista foi realizada pela pesquisadora, em seu terceiro trabalho com entrevistas (na graduação, especialização e como mestranda), sendo norteadas por um roteiro elaborado previamente, com os cumprimentos cordiais, seguidos de sua apresentação e exposição do seu objetivo e da importância da pesquisa para a mesma, suas razões e vieses da literatura, além da solicitação de permissão para gravação. As entrevistas foram agendadas em data e horário conforme a disponibilidade do participante, com duração mínima de 35 minutos, máxima de 60 minutos, com a média de 44 minutos, perfazendo um total de oito entrevistas.

Durante a entrevista não foi realizada nenhuma anotação, pois a entrevista foi gravada por áudio e vídeo, instrumentos que retratam todos os detalhes ocorridos durante a mesma.

O local foi escolhido pelos participantes, apenas sugeriu-se sala fechada, para que não ocorressem interrupções externas e presença de outras pessoas no local, apenas o pesquisador e o entrevistado conectados via internet. As entrevistas ocorreram em suas respectivas residências e dois deles no local de trabalho, em horário de descanso. Todos escolheram o melhor dia e horário para a concretização de suas participações. Garantiu-se aos participantes do estudo o anonimato e utilização dos dados apenas para fins científicos. Ao término, a gravação foi salva em pasta criada em “Meus Documentos” nomeada de “Entrevistas Mestrado”, armazenada no notebook da pesquisadora, sendo este de uso exclusivo da mesma. As gravações estão mantidas em arquivo digital sob sua guarda e responsabilidade, permanecendo por um período mínimo de cinco anos após o término da pesquisa (Art. 17 inciso VI e Art. 28 inciso IV da Resolução CNS 510/2016). Foi garantido também a cada participante o acesso aos resultados da pesquisa.

Inicialmente foi realizado um pré-teste com o roteiro elaborado com dois participantes, que foram incluídos na amostra por atender o objetivo proposto, sendo o objeto do estudo contemplado.

Reitera-se que a entrevista ocorreu uma única vez, em dia e horário pré-agendados, sendo confirmado previamente com o enfermeiro participante.

Os depoimentos foram transcritos na íntegra duplamente, pela pesquisadora e por uma auxiliar. Após transcrição foram encaminhados para confirmação da fidedignidade aos respectivos depoentes. Nenhuma correção foi solicitada, sendo que quatro participantes retornaram formalmente por e-mail e quatro por rede social (WhatsApp).

Os dados foram codificados pela pesquisadora e pela orientadora isoladamente e posteriormente foram discutidas as divergências.

5.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise temática indutiva foi escolhida como método de análise dos dados qualitativos devido à sua flexibilidade, podendo atrelar-se a diferentes teorias. É um meio de dispor os dados de forma ordenada e realizar uma descrição minuciosa dos mesmos. Por meio dela é possível identificar, analisar e relatar padrões e assim estabelecer os temas. Realizada de forma indutiva, pois os temas emergiram a partir dos dados coletados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Para análise temática é necessário passar por seis fases. A primeira inicia-se com a familiarização dos dados, momento em que ocorre uma leitura de forma a buscar significados, além de identificar os possíveis padrões. A transcrição das falas em textos escritos permite um entendimento aprofundado dos dados desde que realizada de forma a trazer até mesmo as expressões não verbais, é a fase inicial de familiarização. Nessa fase é importante anotar as percepções geradas no pesquisador e o que lhe chamou a atenção durante a leitura dos dados (BRAUN; CLARKE, 2006). Para tanto, nessa fase as entrevistas foram transcritas imediatamente após seu término, garantindo a redação na íntegra dos depoimentos, logo depois, realizou-se a leitura das mesmas para familiarização e aproximação com o objeto de estudo.

A segunda fase compreende a codificação dos dados. A codificação é a extração das características que o analista considera interessante a partir de um conjunto de dados. Ao término da identificação de códigos, deve-se realizar o agrupamento dos dados conforme foram codificados (BRAUN; CLARKE, 2006). Nessa fase, os códigos foram identificados por cores e extraídos os extratos relevantes, pela pesquisadora e pela orientadora isoladamente e posteriormente foram discutidas as divergências, sendo apresentados no Quadro 1 (APÊNDICE C).

A terceira fase descreve a procura por temas. Esta fase se dá com a seleção dos diferentes códigos em possíveis temas. Dentro desses temas estarão os agrupamentos de dados codificados. Nesta fase inicia-se a análise dos variados códigos dentro do mesmo tema.

Existe ainda a possibilidade de estabelecer os subtemas dentro dos temas. E assim se dá a criação dos temas candidatos (BRAUN; CLARKE, 2006). Neste estudo, seguiu-se uma releitura atenta e os códigos foram agrupados constituindo-se três subtemas dentro da temática central. O mapa temático inicial parcial de cada subtema foi apresentado pelas Figuras 1, 2, 3, sendo a figura 1, o Mapa Temático Inicial Parcial do Subtema 1 intitulado: Processos Assistenciais, a figura 2, o Mapa Temático Inicial Parcial do Subtema 2 intitulado: Inovação Tecnológica e a figura 3, o Mapa Temático Inicial Parcial do Subtema 3 intitulado: Limites e Possibilidades, respectivamente abaixo.

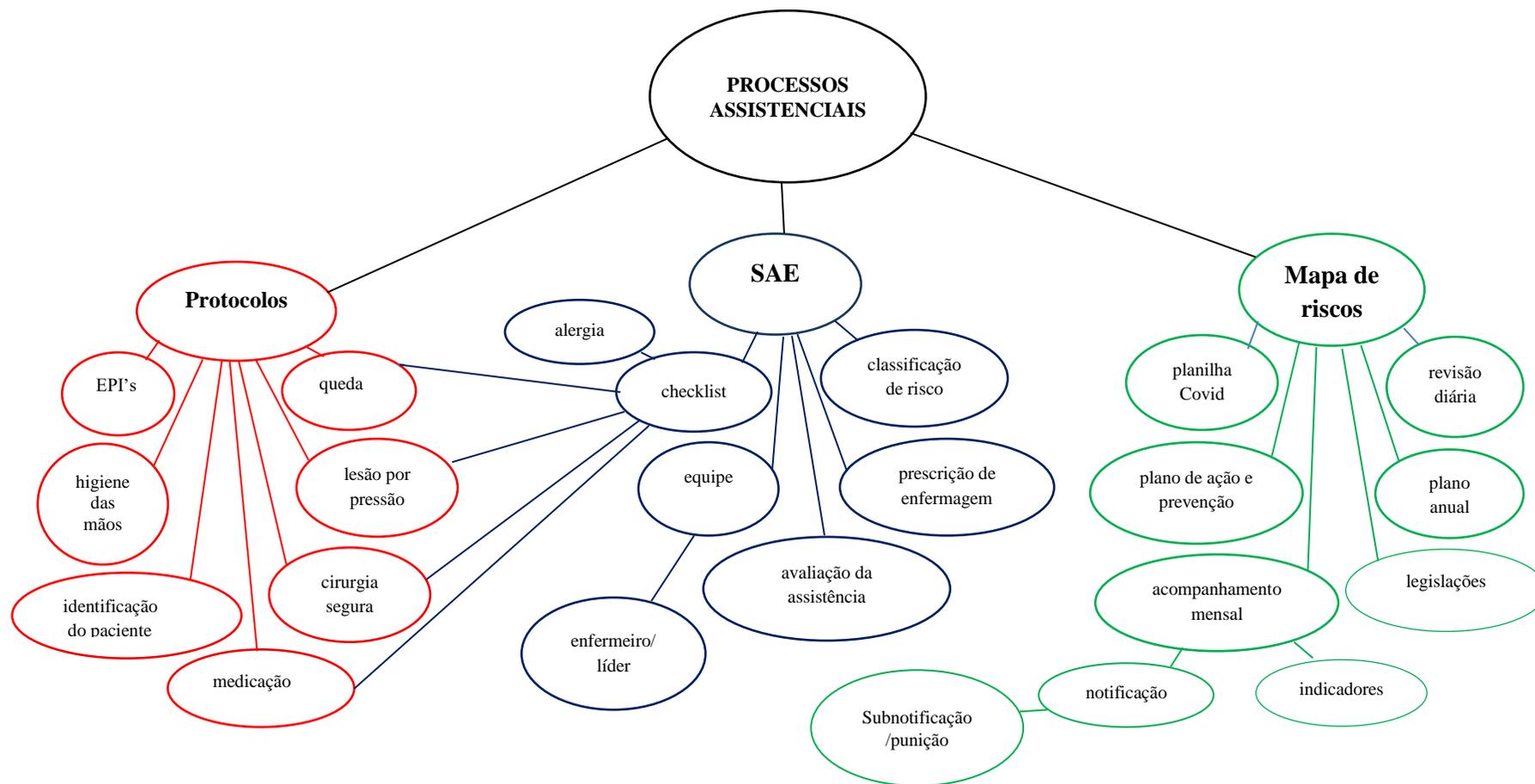


FIGURA 1 – Mapa Temático Inicial Parcial do Subtema 1 intitulado: Processos Assistenciais
 Fonte: Do autor

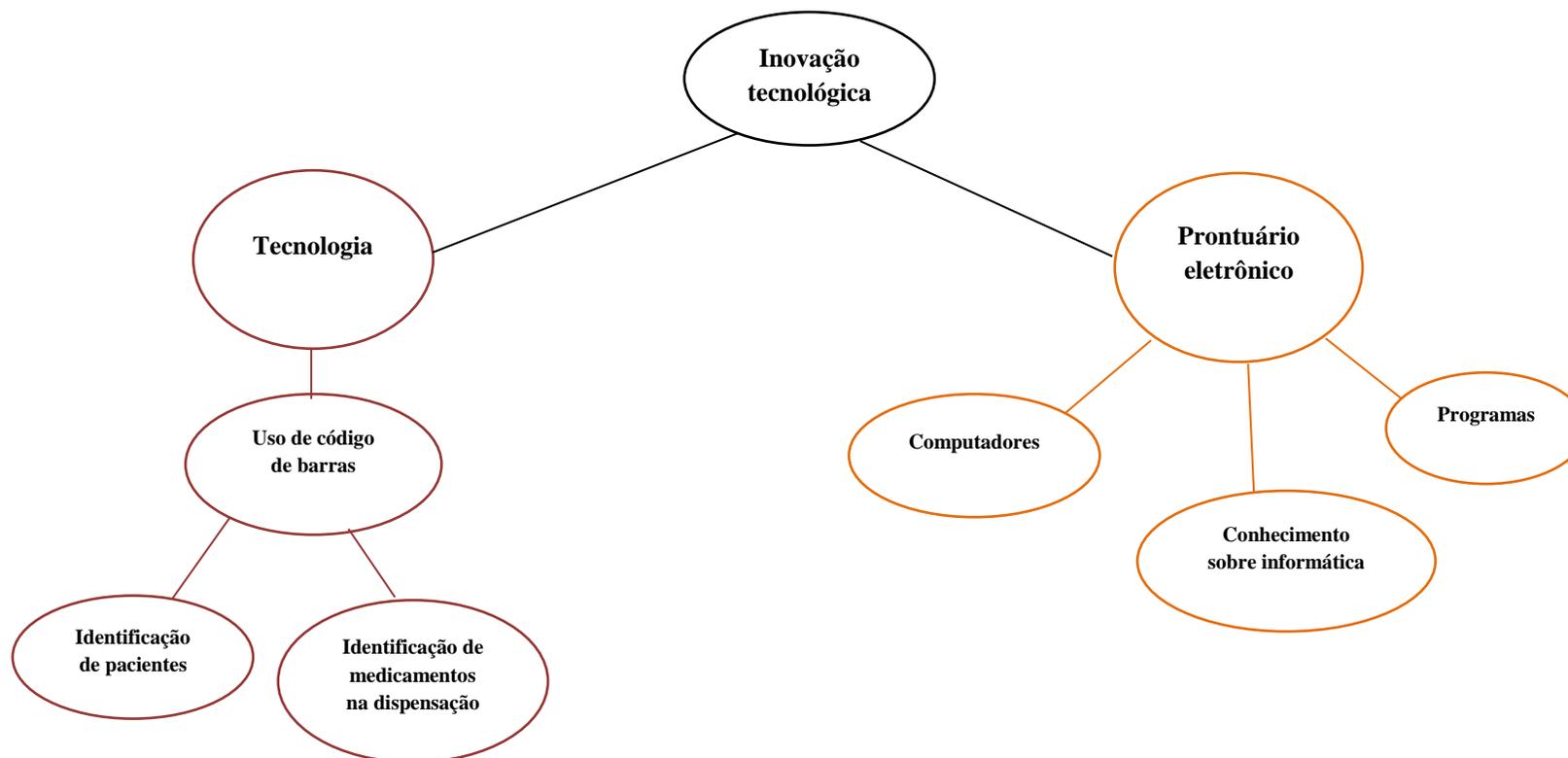


FIGURA 2 – Mapa Temático Inicial Parcial do Subtema 2 intitulado: Inovação Tecnológica
Fonte: Do autor

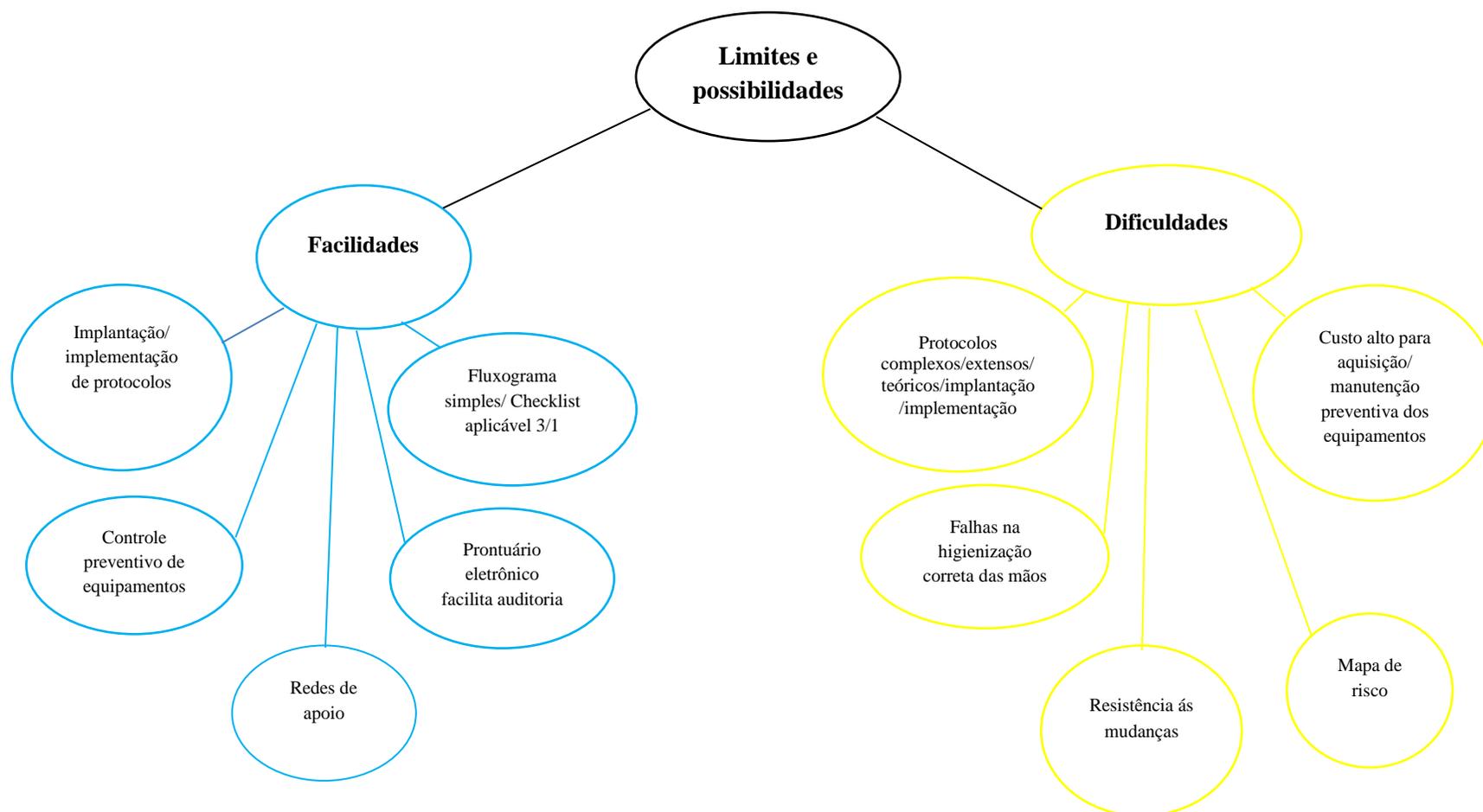


FIGURA 3 – Mapa Temático Inicial Parcial do Subtema 3 intitulado: Limites e Possibilidades
Fonte: Do autor

Na quarta fase ocorre a revisão dos temas, pode haver descarte, junção, separação ou subclassificação de temas. Inicia-se com uma leitura do agrupamento de dados codificados de cada tema e verificação da coerência entre eles ou a necessidade de desfazer, renomear os temas ou transferir os dados para outro tema, concretizando assim o primeiro nível de revisão e refinamento. O segundo nível acontece verificando a pertinência de cada tema em relação a todo o conjunto. Nesta fase poderá ocorrer uma recodificação de dados, exclusão ou criação de novos temas até a construção de um mapa temático satisfatório à pesquisa e que represente bem os significados dos dados coletados (BRAUN; CLARKE, 2006). Após refinamento e recodificação, os subtemas foram organizados dentro da temática central, sendo apresentado o Mapa Temático Final, na Figura 4.

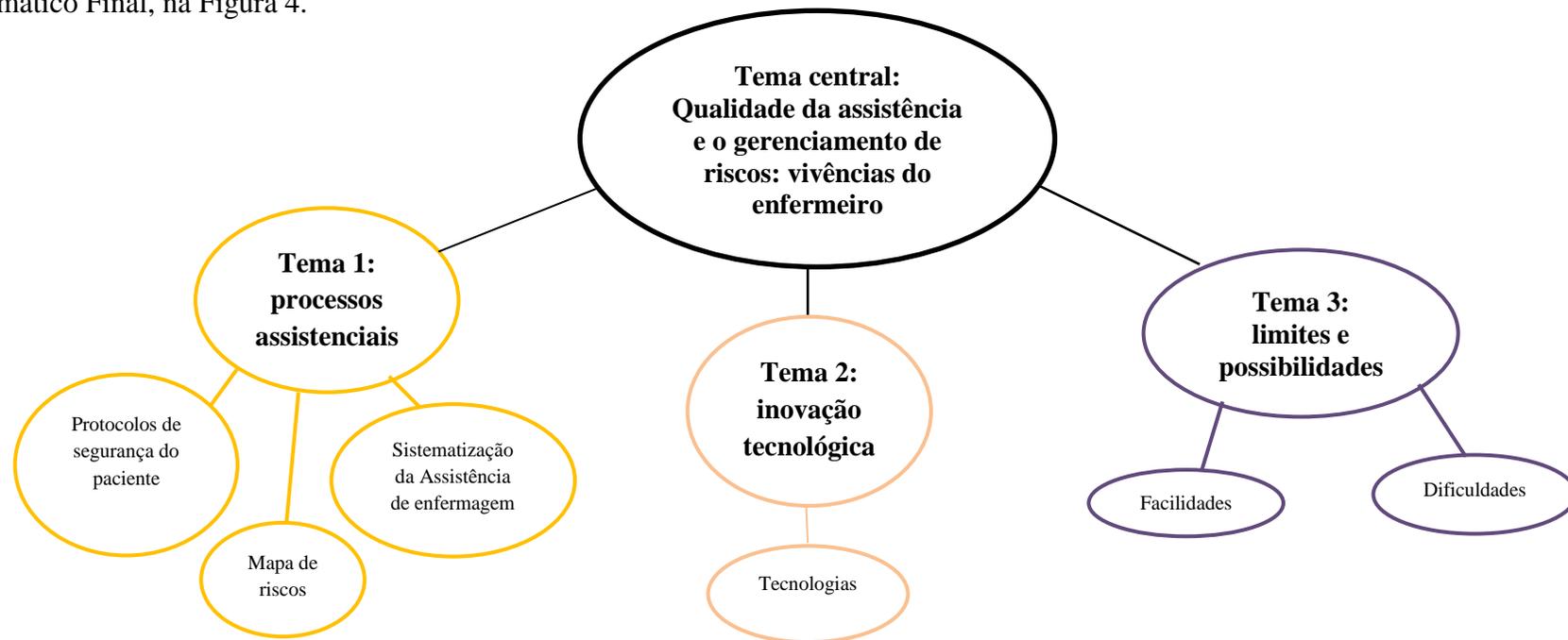


FIGURA 4 – Mapa Temático Final
Fonte: Do autor

Na quinta fase se define e nomeia os temas, ocorre a extração dos pontos mais importantes de cada tema e os tipos de dados que o representa. Identificam-se também aqui temas mais abrangentes e/ou subtemas e que entre eles haja uma conexão de interesse ao analista (BRAUN; CLARKE, 2006). Nesse momento, refere-se aos resultados do estudo, onde buscou-se as partes dos depoimentos que expressam as vivências do enfermeiro sobre a qualidade da assistência com base no gerenciamento de riscos, distribuindo-os nos temas e subtemas, apresentadas nos Quadros 2a, 2b e 2c (APÊNDICE D).

Para a sexta e última fase o analista deve produzir um relatório justificando o conjunto de dados naquele tema específico. Deve ser um relato claro, objetivo e que traga coerência entre dados e temas e uma ligação entre os mesmos (BRAUN; CLARKE, 2006). Trata-se da dissertação em si, pois retrata a coerência dos dados, assim como a clareza e complexidade dos mesmos (BRAUN; CLARKE, 2012).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG, via Plataforma Brasil, pelo Parecer nº 4.570.161 e CAAE nº 42101420.0.0000.5142, conforme Resolução 466 de 12/12/2012 (ANEXO A).

Reitera-se que após a aprovação do Comitê de Ética foi realizado contato telefônico com enfermeiro responsável pelo gerenciamento de riscos, conhecido da pesquisadora. Este indicou o segundo participante e assim sucessivamente. Para os demais participantes que foram indicados a partir do primeiro foi igualmente encaminhado por via correio eletrônico pessoal, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Foi permitido qualquer questionamento acerca do estudo, sendo dados os esclarecimentos solicitados. Após ser lido, aprovado e assinado foi devolvido à pesquisadora via correio eletrônico de forma escaneada. Uma via ficou com o participante e uma com o pesquisador, com a opção de ser imprimida para ambos. Com o recebimento do TCLE assinado, a coleta de dados foi agendada.

No estudo foi previsto que caso ocorresse desconforto e/ou constrangimento ao responder a entrevista, a mesma seria interrompida e realizada abordagem cautelosa do participante, com vistas a reforçar que não haveria identificação do seu nome, que haveria

sigilo em relação às respostas, que os dados seriam utilizados apenas para fins científicos, mas que, se mesmo assim desejasse, poderia retirar o seu consentimento prévio. Para os riscos mínimos morais, apontaram-se o risco da não garantia de um ambiente que assegurasse a privacidade do participante durante a entrevista, haja vista que a mesma seria realizada pelo Programa Skype e assim, os pesquisadores não possuíam controle sobre possíveis interferências no ambiente onde o participante se encontrava. Durante a execução da pesquisa não ocorreram riscos mínimos na dimensão física e/ou psíquica e morais.

O participante foi também orientado, no momento do agendamento da entrevista, a escolher um local calmo, em que pudesse estar sozinho e ter privacidade. Se mesmo assim, durante a entrevista, o participante estivesse em um local que não lhe garantisse a privacidade, a mesma poderia ser interrompida, reagendada ou, ainda, o participante poderia retirar o seu consentimento prévio e declinar da participação no estudo. Para mais, no intuito de assegurar o sigilo e a privacidade, a pesquisadora realizou a entrevista em sala com as portas fechadas, garantindo que não houvesse interrupção ou interferências de outras pessoas não envolvidas no estudo, bem como com vistas a evitar ruídos ou outros fatores externos que poderiam atrapalhar. Para garantir o anonimato do participante, as falas transcritas foram identificadas em combinações de letras e números, E1, E2, E3 até E8, na ordem das entrevistas, e as gravações armazenadas apenas no notebook da pesquisadora participante e de forma nenhuma foram divulgadas. Em relação à disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, o participante pôde escolher o melhor dia e horário para participar da entrevista.

O estudo propõe possibilitar reflexões sobre a qualidade da assistência em hospitais tendo como base o gerenciamento de riscos, contribuir para a literatura sobre a temática e subsidiar estratégias para implementar a segurança do paciente em ambiente hospitalar.

O participante não teve nenhum gasto com a participação, nenhuma cobrança foi realizada, como também não recebeu nenhuma remuneração por participar da pesquisa.

Foi garantido ainda que caso algum dano ocorresse, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, teria o direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo pesquisador participante, pelo tempo que fosse necessário; e teria o direito a buscar indenização. As despesas seriam totalmente ressarcidas mediante apresentação de boleto e/ou recibo fornecido pelas instituições de saúde e do atestado médico comprobatório do dano causado decorrente da participação da pesquisa. O valor da despesa poderia ser depositado em conta bancária do participante e os dados para esse fim fornecidos pelo mesmo. Neste estudo não ocorreu nenhum dano com os participantes.

Foi também solicitado ao participante, autorização para gravar a entrevista, sempre antes de iniciar a mesma.

A entrevista teve início com os cumprimentos cordiais seguidos da apresentação da pesquisadora, da pesquisa e dos seus objetivos.

6 RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se os resultados do presente estudo em duas seções. Na primeira seção tem-se a Caracterização Pessoal e Profissional e na segunda expõe-se as categorias temáticas oriundas das Vivências do Enfermeiro em relação à Qualidade da Assistência em hospitais com base no Gerenciamento de Riscos.

6.1 CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

Nesta seção apresenta-se a caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros participantes do estudo. A tabela 1 mostra a caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros de acordo com as variáveis de idade e sexo, tempo de formado, tempo no cargo, especialização (quais), mestrado e doutorado.

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis “sexo”, “idade”, tempo de formado”, “tempo no cargo”, “especialização”, “mestrado” e “doutorado”. Mar./Abr. 2021, Alfenas-MG. (n=8)

Variáveis	f	%
(Continua)		
Sexo		
Masculino	2	25,0
Feminino	6	75,0
Total	8	100,0
Idade		
Entre 20 e 30 anos	2	25,0
Entre 31 e 40 anos	6	75,0
Total	8	100,0
Tempo de formado		
Entre 0 e 10 anos	6	75,0
Entre 11 e 20 anos	2	25,0
Total	8	100,0
Tempo no cargo		
Menos que 11 meses, 29 dias	2	25,0
Entre 01 ano e 09 anos, 29 dias	4	50,0
Acima de 10 anos	2	25,0
Total	8	100,0

Tabela 1- Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis “sexo”, “idade”, “tempo formado”, “tempo no cargo”, “especialização”, “mestrado” e “doutorado”.Mar./Abr.2021. Alfenas-MG. (n=8)

Variáveis	(Conclusão)	
	f	%
Especialização		
Sim	6	75,0
Não	2	25,0
Total	8	100,0
Mestrado		
Sim	2	25,0
Não	5	62,5
Em andamento	1	12,5
Total	8	100,0
Doutorado		
Sim	0	0,0
Não	8	100,0
Total	8	100,0

Fonte: Do autor

Nas informações da tabela 1, dos oito enfermeiros participantes 75% (seis) são do sexo feminino, na faixa etária entre 31 a 40 anos de idade, com tempo de formado entre zero a 10 anos. Em relação ao tempo no cargo 50% está entre um a nove anos e vinte e nove dias. Apresentam especializações, 75% (seis), nas áreas de Controle de Infecção Hospitalar (cinco), Gestão de Urgência e Emergência (um), Gestão em Terapia Intensiva (um), Epidemiologia e Vigilância em Saúde (um), Gestão de Qualidade (um), Consultoria e Auditoria (um), vale ressaltar que houve mais de uma resposta. Acrescenta-se que apenas 25% (dois) possuem mestrado e nenhum enfermeiro com doutorado.

Vale ressaltar que dos oito enfermeiros entrevistados, quatro atuavam no Núcleo de Segurança do Paciente, sendo apenas dois exclusivamente e os outros dois vinculados à Gestão de Qualidade e CCIH, respectivamente. Três deles atuantes na CCIH, sendo que dois destes também participam da Gestão de Qualidade e, apenas um com atuação no gerenciamento de riscos. É importante considerar que todos eles estão envolvidos com o gerenciamento de riscos no ambiente hospitalar.

6.2 VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM HOSPITAIS COM BASE NO GERENCIAMENTO DE RISCOS.

A partir dos Mapas Temáticos foi possível eleger três temas: Tema 1: Processos Assistenciais; Tema 2: Inovação Tecnológica e Tema 3: Limites e Possibilidades.

O tema 1 (um) engloba 3 (três) subtemas: Protocolos de Segurança do Paciente, Sistematização da Assistência de Enfermagem e Mapa de Gerenciamento de Riscos. O tema 2 (dois) apenas 1 (um) subtema: Tecnologias. E, do tema 3 (três) foram identificados 2 (dois) subtemas: Facilidades e Dificuldades.

6.2.1 Processos Assistenciais

No tema Processos Assistenciais reuniu-se os depoimentos dos enfermeiros participantes do estudo relacionados aos Protocolos de Segurança do Paciente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Mapa de Gerenciamento de Riscos que constituíram respectivamente os três subtemas.

Os Processos Assistenciais são o foco dos hospitais que objetivam a qualidade da assistência. Nesse contexto, são realizados investimentos em melhoria das práticas no cuidado à saúde, em tecnologias e treinamentos dos envolvidos. A mensuração da qualidade da assistência é realizada por métodos avaliativos, implantados e implementados por instituições que pleiteiam a certificação (ALONSO *et al.*, 2014).

6.2.1.1 Protocolos de Segurança do Paciente

Foram abordados pelos enfermeiros depoentes: Higiene das Mãos, Cirurgia Segura, Prevenção do Risco de Quedas, Prevenção de Lesão por Pressão, Medicação e Identificação do Paciente.

No que se refere à Higienização das Mãos foi abordado pelos enfermeiros a importância do treinamento admissional e anual de higienização das mãos, a supervisão como fundamental na execução da técnica correta e ainda a facilidade de acesso às pias e pontos de álcool em gel distribuídos no setor:

A gente faz treinamento anual de higienização de mãos, institucional, uma vez por ano. Todos os funcionários quando são admitidos, a gente faz um processo de

integração, aonde eles são orientados a questão da higienização das mãos, da importância [...] (E2).

Na parte estrutural existiam bastante bancadas ou pias disponíveis. O supervisor fazia a fiscalização da lavagem das mãos e [...] orientava a fazer quando saísse ou entrasse no setor [...] antes e após manipular o paciente. Então tinha uma cobrança muito grande [...]. Nas entradas dos setores, as torneiras continham ozônio para higienização das mãos também para melhorar a efetividade (E4).

Outras coisas que a gente faz [...] campanha de higiene das mãos [...] cartazes fixados para incentivo [...] na instituição toda tem pontos de álcool, dentro dos quartos, nos corredores, para não ter aquela questão de dificuldade de acesso (E8).

No que se refere ao Protocolo de Cirurgia Segura foi desvelado nos depoimentos a exigência do *checklist* realizado pelas equipes no setor de internação e no bloco cirúrgico e, ainda, a importância da avaliação pré-anestésica:

Depois que ele interna, tem o *checklist* já no setor de internação [...] e também dentro do bloco (E2).

O *checklist* inicia a partir do momento que o paciente é assistido, desde a recepção. E na sala do Centro Cirúrgico é realizado time out e após realizar o procedimento também (E3).

[...] A gente tem também o protocolo de cirurgia segura [...] trabalha com o *checklist* [...] Começa na internação [...] Aí na hora que ele está lá no bloco cirúrgico, a equipe do bloco cirúrgico também responde a outro questionário com perguntas relacionadas ao procedimento cirúrgico que contém também o risco de alergia a medicação, ao iodo [...] e a identificação do paciente com a pulseira azul [...] (E6).

[...] Vem desde uma avaliação pré- anestésica [...] lá no hospital, nós montamos na sala cirúrgica [...] um quadro de checagem da cirurgia segura [...] (E8).

Outro protocolo apresentado pelos enfermeiros foi o de Prevenção do Risco de Quedas em que mencionam sobre a importância das grades na cama, o risco que o paciente adquire ao entrar no estabelecimento de saúde, a relevância dos instrumentos de predição (escalas) para o risco de quedas e a padronização para a contenção química e mecânica, respectivamente:

Acho que as grades na cama foram essenciais para evitar a queda do paciente (E1).

[...] um paciente quando entra, ele não tem risco de queda [...] durante o período de internação, ele pode desenvolver esse risco. Às vezes, quando ele toma uma anestesia [...] deixa ele com risco (E2).

[...] A gente identifica esse paciente que tem risco da queda com uma pulseirinha amarela [...] eles avaliam risco de queda através da escala de Morse no adulto. Para criança a gente usa Humpty-Dumpty [...] (E3).

Para a contenção química a gente fez um POP e foram estipulados os tipos de medicações para cada grupo: o paciente idoso, o paciente de trauma, o paciente em abstinência [...]. Então, quando o paciente entrar [...] tem aquele pacote de

prescrição conforme o perfil de paciente [...] E a contenção mecânica geralmente é usado faixa de contenção [...] nos membros [...] (E5).

Os enfermeiros depoentes apresentaram sobre o Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão em que foi abordado sobre a sinalização do risco usada na instituição, a escala que auxilia a conduta dos profissionais e o protocolo que contém meios de impedir ou minimizar as lesões respectivamente:

[...] a pulseirinha verde é de lesão por pressão (E2).

[...] A gente trabalha com avaliação de Braden diariamente, pelas nossas enfermeiras [...] a nutróloga, por exemplo, ela já vê que o paciente está com risco elevado de desenvolver lesão por pressão, ela já entra com uma alimentação específica (E3).

Havia um protocolo para prevenção de lesões, que seria as mudanças de decúbito de 2 em 2 horas, realizado pela equipe de enfermagem e fisioterapia. E além da mudança de decúbito também a proteção de protuberâncias ósseas com coxins, óleo de girassol, Tegaderm (E4).

[...] A gente utiliza a escala de Braden no protocolo lesão por pressão... ela pontua o risco que o paciente tem de leve, moderado e alto [...] a gente utiliza colchão pneumático ou colchão de ar, o óleo, a mudança de decúbito, tem um relóginho também que marca a posição que o paciente fica [...] A gente envolve a família [...] (E6).

Os enfermeiros deste estudo abordaram a importância do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos dando relevância à distribuição dos medicamentos e os profissionais envolvidos, as medicações potencialmente perigosas, a tecnovigilância e a farmacovigilância, além da sinalização usada para risco de alergias aos fármacos e o desafio de monitoramento para a cadeia medicamentosa.

[...] a gente faz uma distribuição de medicamento por horário. A gente tem umas fitas [...] tem o horário de prescrição que é até o meio dia. Depois que o médico prescreve, essa prescrição vai para a farmácia. A farmacêutica avalia as prescrições. As medicações são liberadas em saquinhos fechados e lacrados por horário [...] (E2).

As medicações potencialmente perigosas eram sempre em negrito, com destaque. E essas medicações, antes de serem administradas, deviam ser feitas dupla checagem por dois profissionais [...] que consistia na verificação da dose, via, concentração, volume e principalmente a identificação do paciente, além de verificar novamente a placa beira-leito e a pulseira (E4).

Aqui a gente tem um farmacêutico que é referência, do IFPI, que é de segurança do paciente, nível nacional e mundial também.[...] Ele está por dentro das legislações, dos alertas de tecnovigilância [...] Ele atualiza a gente [...] diariamente [...] A gente trabalha em conjunto [...] nossas fichas técnicas de segurança medicamentosa, os dados que a gente tem que gerar, consentar as prescrições erradas, se administradas [...] tudo passa pela análise dele (E5).

Aí a gente tem também o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos que é um protocolo grande que vai desde a farmácia até enfermagem, médico que é assegurar administração segura no paciente [...] A farmácia também, ela ajuda muito em relação as prescrições incorretas, as dosagens

[...] a farmacêutica faz análise clínica dessas prescrições. É um protocolo enorme [...] fala um pouco da farmacovigilância, de reações adversas, de interação medicamentosa [...] (E6).

[...] Então os médicos que tinham pacientes que era alérgico, muitas vezes os médicos prescrevem. Nem sabe que o paciente é alérgico. Ele prescreve [...] A enfermagem, como faz sua admissão, anamnese, ela identifica se o paciente é alérgico. Aí, a gente coloca pulseirinha azul no paciente e coloca uma bolinha azul na prescrição, que vai para a farmácia, paciente alérgico [...]. Isso era bom porque a farmácia não dispensava (E6).

Então, do protocolo de segurança medicamentosa, eu acho que é um dos maiores desafios [...] o que que a gente monitora? São os erros de medicação [...] que vai toda cadeia medicamentosa [...] desde do erro da dispensação [...] até o erro lá na ponta da administração errada no paciente [...]. Então, essa cadeia que a gente monitora (E7).

O Protocolo de Identificação do Paciente foi apresentado nos depoimentos de vários enfermeiros do estudo que referem sobre a importância de se levantar possíveis riscos desde a admissão, na identificação do leito e do paciente pelo código de barras como identificador, frisando a relevância de revisar as pulseiras de identificação.

A identificação de leito, acho que é essencial em todos os leitos. Que consta o nome do paciente, a data de nascimento, o nome da mãe, os riscos a que esse paciente está sujeito, seja úlceras por pressão, broncoaspiração [...] evita os erros de administração de medicamentos. A gente identifica assim que o paciente é admitido na unidade (E1).

A identificação do paciente é feita com uma pulseira branca. Também tem acima do leito uma identificação do paciente e lá também a gente coloca uma bolinha, se é risco de queda, lesão por pressão ou alergia. Se ele tiver alergia, a gente coloca a bolinha azul e escreve na frente qual que é o risco (E2).

O protocolo iniciava desde a admissão do paciente colocando os identificadores: nome completo, data de nascimento, nome da mãe [...]. A gente instalava pulseira, placa beira-leito e fazia o gerenciamento de riscos para a segurança do paciente (E4).

Para identificação, a gente tem a pulseira com código de barras com [...] três identificadores mínimos [...] A gente coloca na pulseira o sexo, o número do prontuário, o nome do paciente e, tem o código de barras único (E5).

[...] Desde o início do protocolo de identificação do paciente, na hora que ele chega [...] faz análise de risco: risco de lesão, de queda [...] cirúrgico e assim por diante (E6).

[...] nós focamos para que a identificação com as pulseiras [...] sejam revisadas diariamente [...]. Porque as pulseiras podem se desgastar, podem apagar e a gente pode ter uma dificuldade de visualização. Então, elas são trocadas quando necessárias (E7).

6.2.1.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem

Neste subtema foram apreendidos nos depoimentos dos participantes do estudo a importância da Classificação de Riscos, da Prescrição de Enfermagem, da Avaliação da Assistência e da Equipe.

Em relação à Classificação de Riscos, foi abordado a Matriz de Risco para registros e complementações na instituição, a Matriz GUT para classificar os riscos.

[...] O enfermeiro realiza o controle de riscos [...]. Nos setores tem a matriz para a pessoa saber qual é o risco [...]. Então, quando a enfermeira, faz a sistematização [...] ela consegue já identificar o risco do paciente, tanto para quedas, como lesão por pressão ou alergias (E2).

[...] Assim que o paciente interna [...] imprime no Tasy (sistema), uma ficha com os dados dele e lá tem lugares para a enfermeira ticar os riscos que esse paciente tem. [...] se tem alergia, se tem risco para lesão por pressão, se tem risco para queda [...] A gente não trabalha muitos riscos. A gente trabalha alergia, queda, lesão por pressão [...] (E3).

[...] placa a beira-leito, já fazia o gerenciamento de riscos para segurança do paciente, seja, grades elevadas, cabeceira, risco de sangramento, risco de queda, flebite, pneumotórax, pneumonia associada a ventilação mecânica [...] abria os protocolos da admissão até a saída do paciente (E4).

[...] O risco é uma possibilidade de acontecer um dano. A gente tem que classificar ele e a gente tem que conhecer eles [...] Como a gente classifica eles? A gente classifica pela matriz GUT que é gravidade, urgência e tendência (E6).

Sobre a Prescrição de Enfermagem, atribuição exclusiva do enfermeiro no planejamento da assistência ao paciente, apreende-se pelos depoimentos o momento em que é realizada, que deve ser diária, como também a inserção de uma escala preditiva de risco para finalizar a prescrição.

Porque a noite é mais tranquilo e aí já define a prescrição de enfermagem para o dia seguinte (E2).

Quando eu vou avaliar o paciente e fazer uma nova prescrição e tem que ser diária, uma evolução e prescrição de enfermagem, eu obrigatoriamente [...] tenho que colocar a Braden [...] ou a minha tela não abre, não fecha, não consigo fechar minha prescrição (E5).

Acrescenta-se a importância da Avaliação da Assistência de Enfermagem realizada diariamente, por meio de instrumentos sistematizados, pelos enfermeiros de todos os plantões apontando para o que pode ser melhorado.

[...] Diariamente, a cada 24 horas, o enfermeiro do noturno faz a avaliação da sistematização. Ele olha se o paciente está com a medicação correta, se a pulseira não saiu, se está legível [...] (E2).

Existiam uns instrumentos chamados de Bangalôs, instrumentos sistematizados para a gente acompanhar quantos dias o paciente estava sob acesso periférico, sonda nasoesférica [...]. Então, o paciente era bem acompanhado da admissão até a alta hospitalar. Tudo em prol da segurança do paciente (E4).

O enfermeiro avalia a assistência prestada ao paciente [...] tanto o enfermeiro do dia quanto da noite (E6).

[...] A gente tem esse acompanhamento, diário, rigoroso [...] faz uma análise das situações [...] dos eventos que possam vir a ocorrer de uma forma muito crítica, muito cuidadosa [...] analisa pontos que tenham que ser melhorados na assistência ao paciente (E7).

Agrega-se também nos depoimentos a relevância da Equipe de enfermagem quanto ao treinamento para levantar os riscos, a boa comunicação e informação, envolvendo o supervisor para o *feedback* das questões assistenciais.

A gente tenta levantar junto com as equipes quais são os riscos e a gente define o que deve fazer [...] O enfermeiro coloca na própria observação o que ele orientou para a equipe. Então as equipes são treinadas (E2).

[...] Além da comunicação também com os coordenadores de setores, equipes [...] a gente tem uma boa conversa aqui com todo mundo, a equipe é treinada [...] (E5).

[...] Porque a equipe sabe quais são os riscos que eles estão vivenciando (E6).

É fundamental ter o feedback com a equipe, com todos que estão envolvidos na assistência para que o gerenciamento seja eficaz. Assim, tem que ter esse engajamento do gestor da unidade, ou de nada adianta a gente ter o Núcleo de Segurança, ter um gestor da qualidade [...] se um gestor da própria unidade não for comprometido [...] não for envolvido [...] na importância [...] da segurança, na redução dos riscos, dos danos para o paciente, para própria equipe (E7).

[...] Creio que também não adianta nada ter o protocolo se a gente não tem a parte de conscientização da equipe, treinamentos com a equipe (E8).

Acrescenta-se também que a Equipe de Enfermagem valoriza o papel do Enfermeiro como Líder que tem papel principal e postura essencial, apontando o supervisor como um apoiador para a equipe.

O enfermeiro, ele tem o papel principal, é o líder [...]. Ele tem que mostrar a importância disso (segurança do paciente). Então, a gente percebe muito que quando o enfermeiro não tem uma postura firme, o enfermeiro passa a mão na cabeça, as coisas não acontecem, da forma que deveria acontecer (E2).

[...] O enfermeiro supervisiona, está acompanhando essas prescrições para poder ser [...] um apoiador para que não seja só o técnico de enfermagem [...] para saber o que o paciente está tomando [...] caso tenha algum problema com o paciente, esse enfermeiro tenha ciência do que está acontecendo (E6).

6.2.1.3 Mapa de Gerenciamento de Riscos

Neste subtema os enfermeiros participantes do estudo apresentaram sobre a Revisão Diária, o Acompanhamento Mensal, o Plano Anual, a Planilha Covid, o Plano de Ação e Prevenção e as Legislações.

No gerenciamento de riscos os enfermeiros apontam para a importância da Revisão Diária:

Gerenciar riscos, é uma coisa que a gente tem que estar trabalhando diariamente (E2).

A gente faz diariamente [...] a gente faz vistorias lá no Centro Cirúrgico para ver se está tudo bem [...] (E3).

Acrescenta-se também pelos enfermeiros participantes que para o Acompanhamento mensal são necessários os indicadores, o cálculo para elencar a prioridade para a intervenção do risco. Foi mencionado sobre a importância da divulgação deles para a equipe, assim como o lançamento no sistema e que servem para monitorar os protocolos e a qualidade da assistência.

[...] a gente faz aquele cálculo do impacto versus probabilidade [...] para definir qual a gente vai tratar ou só acompanhar [...] Alguns riscos a gente têm indicadores (E2).

Os indicadores [...] contavam o tempo de dispositivos, tempo de internação, permanência no leito, reinternação em 24 horas [...] tempo de permanência em UTI. [...] apresentavam os indicadores tanto para nós como para o serviço da Gestão de Qualidade e a CCIH (E4).

[...] nós temos indicadores gerais [...] todos esses protocolos. E a gente também tem os indicadores por unidade [...] mensalmente alimentados [...] informatizada [...] então, nós conseguimos monitorar [...] um evento, uma piora na qualidade [...] eles são discutidos e avaliados mensalmente [...] é filtrado e a gente consegue os indicadores pelo gerenciamento de riscos [...] é feito as intervenções pontuais e o monitoramento de todos os itens dos protocolos [...] (E7).

[...] Todos os protocolos que a gente tem implantado, tem os indicadores [...] a gente faz o acompanhamento [...] a gente vê se está tendo ou não resultado [...] não adianta nada se eles estão implementados e eu não tenho o monitoramento deles (E8).

Aponta-se que no Acompanhamento Mensal é fundamental a notificação, pois auxilia na gestão dos riscos e pode ser realizada anonimamente. Acrescenta-se ainda que a ficha de notificação de eventos adversos obedece a um fluxo e que o envolvido passa por uma educação continuada. Neste contexto, foram mencionados também pelos depoentes sobre a dificuldade da equipe em diferenciar evento adverso e a não conformidade, sobre o Notivisa para o lançamento dos eventos, sobre o encorajamento da equipe para notificar, sobre o formulário de notificação ser informatizado, sobre a notificação como aprendizado e sobre a importância do envolvimento de todos os setores.

Hoje a gente tem essa notificação de evento e não conformidades que é o que nos ajuda a medir essa questão dos riscos [...] (E2).

Graças à Deus [...] a gente não tem problemas de esconder casos aqui. Então, eles notificam mesmo, e é via Tasy (sistema). Então, eles notificam no nome do paciente e eu não sei quem notificou (E3).

A ficha de notificação de eventos adversos poderia ser preenchida por qualquer colaborador do hospital. E essa ficha tinha um fluxo a ser seguido. Repassava pelo coordenador do setor, retornava para quem esteve envolvido no evento adverso, para que ele fosse orientado, fosse feita uma educação continuada, depois retornava para o setor de qualidade até que a responsável técnica ficasse ciente também (E4).

[...] A gente faz a notificação e só formaliza para nós mesmos analisarmos [...] Dar o seguimento as análises [...] é outro termômetro que a gente tem. Aqui a gente tem dificuldade [...] as pessoas entenderem o que é uma não conformidade e o que é um evento adverso (E5).

[...] É realizado uma planilha de todos os eventos [...] que a gente recebe. E a gente consegue fazer um relatório mensal (E6).

Nós utilizamos o Notivisa [...] tanto da parte dos hemocomponentes como da parte dos fármacos [...] Eles ficam destinados a um profissional específico [...] O farmacêutico é a referência ... ele fica responsável por colocar essas notificações no sistema Notivisa. E aí o gerente de riscos, ele também faz o monitoramento dos eventos (E7).

Vem-se encorajando os profissionais da assistência, os técnicos de enfermagem [...] no momento que eles identificam o erro [...] reportam e façam a identificação do evento. Então, no nosso hospital, o evento hoje, ele é feito com formulário informatizado (E7).

[...] é com o evento adverso que a gente aprende e tem como a gente gerenciar melhor, evidenciar os near miss, os quase erros, e tentar procurar não acontecer de jeito nenhum [...] dentro do hospital [...] tem a questão multissetorial [...] lá é uma roda. Não adianta um fazer seu papel e o outro não dar sequência [...]tem que estar muito bem gerenciado [...] esse multissetor, essa equipe deve estar totalmente envolvida uma com a outra. Porque senão, não resolve (E8).

Complementa E5 que por meio da notificação é realizado a classificação dos eventos, a análise da situação junto ao envolvido e elaborado um plano de ação apresentando a importância da aplicação das ferramentas para o gerenciamento de riscos:

[...] Os eventos a gente classifica como leves [...] moderados e graves [...] pela frequência [...] pelo setor [...] chama nossa atenção e a gente vai abordar isso [...]. Os eventos moderados e graves têm [...] prazo. A gente manda uma carta formal informando do evento, pedindo explicações para equipe, para o coordenador responsável [...] falando que a gente recebeu o evento [...] e queria algumas explicações [...] a gente costuma chamar logo para uma reunião [...] achar todas as causas, já pensar junto e fazer um plano de ação. Sair com um plano de ação dali [...]. Faz uma análise da causa raiz, faz Ishikawa [...] que aconteceu? Porque que aconteceu? [...] a gente manda uma cartinha [...] para o coordenador [...] ficar sabendo ou [...] investigar um pouco para entender o que aconteceu. Então ele vem para reunião com diagnóstico [...] (E5).

Uma questão ressaltada foi a da subnotificação com olhar para a punição. Nessa perspectiva para o incentivo à notificação, houve a garantia do anonimato, uma vez que a equipe entendia a notificação como fofoca e a punição como fator determinante para o problema da subnotificação dos erros de medicação:

[...] Eu faço questão de ressaltar para eles que é anônimo. Que eles podem notificar, porque o objetivo não é punir ninguém, muito pelo contrário (E3).

No hospital, no começo, foi muito difícil porque as pessoas acham que a notificação é fofoca [...] Não tinha eficiência, não tinha orientação [...] É difícil, a gente tem que mitigar isso (E6).

[...] Nossa maior falha é a questão da subnotificação dos erros de medicação [...] Todos os protocolos de certa forma têm algum viés [...] passa muita coisa despercebida [...] tem muita subnotificação [...] Trabalhar gerenciamento de risco é [...] educar os profissionais, mostrar que o gerenciamento é o pilar da qualidade da segurança dos pacientes [...] desmistificar aquela questão punitiva do evento [...] (E7).

Complementa E7 com uma experiência vivenciada em UTI de estratégia para minimizar a subnotificação de eventos adversos com medicamentos e E8 traz a opção da não identificação do profissional:

[...] Eu dou o exemplo de terapia intensiva [...] não existe um local dentro do hospital com maior risco de erro de medicação [...] e a gente não teve nenhum evento notificado de erro de medicação dentro da UTI durante um mês [...] vamos ser bem críticos [...] vamos refletir, o que está acontecendo é que ninguém está notificando [...] a gente criou uma estratégia focada para todos os eventos que acontecessem [...] principalmente para o erro de medicação [...] Foi criada uma caixinha [...] e aí colocava-se os bilhetinhos [...] com a data, o nome do paciente, a data que o evento ocorreu. Por exemplo, a Maria José do box 14 [...] no dia 30/03 às 14h [...] teve a dispensação inadequada de medicamento. Aí escrevia de uma forma sucinta num papelzinho e se não desse para notificar naquele momento, eu ia colocando na caixinha [...] E assim [...] na primeira semana a caixinha transbordou. Mas, veio outro problema [...] O pessoal achou que colocar na caixinha já era notificação, e não era. Era um lembrete que eu precisava depois ir no sistema e notificar o evento [...]. Então, assim, uma iniciativa foi feita, trouxe efeito, mas trouxe outro problema também. Então a gente teve que começar a rever agora é outra estratégia [...] é um desafio [...] nós passamos da notificação do evento impresso, escrito à mão, para o processo informatizado [...] (E7).

Lá nós temos um formulário, onde a pessoa preenche manualmente, identificando o paciente, o setor, o que aconteceu [...] faz um relato do evento adverso e ela tem a opção de se identificar ou não. Nós deixamos essa opção para aumentar um pouco a adesão [...] muitos ainda têm esse receio [...] questão punitiva ... a instituição punia [...]. Sendo que isso não existe, mas ainda tem esse medo [...]. Então, a gente deixou essa questão de identificação a critério (E8).

Acrescentam-se ainda, o questionamento da subnotificação estar relacionada ao manuseio do computador e ao sistema de notificação, uma vez que, passou a ser informatizado:

[...] As pessoas notificavam mais com o papel [...] uma crítica que eu faço [...]. O que nós temos que fazer? Ou nós melhoramos a sensibilização dos profissionais para notificar informatizado ou nós vamos ter que rever o processo de notificação, porque se notificava muito no papel e agora modificou com o computador [...] Será que não é o computador que está sendo o fator principal para não se notificar e não o profissional? Então, fica esse questionamento [...] a gente também tem que pensar nisso [...] monitorar [...] (E7).

A gente está tendo uma dificuldade para notificar (sistema Notivisa), porque fizeram essa notificação no cadastro do hospital, mas não conseguiram [...] a gente não consegue fazer novas notificações [...]. Até [...] a Gerência Regional de Saúde daqui que faz parte do Núcleo de Segurança do Paciente, nem ela conseguiu. Então, não dá para fazer essas notificações [...] (E6).

Outra questão abordada no gerenciamento de riscos foi o Plano Anual em que se identifica depoimentos contraditórios, uma vez que um enfermeiro desvela o planejamento com base na matriz de risco e o outro a questões específicas e urgentes conforme acontece o evento:

[...] No início do ano a gente repara essa matriz de risco e a gente define um plano para o ano todo em cima dela (E2).

No final do ano a gente faz [...] um compilado de tudo. A gente tenta abordar, relembrar tudo, no final do ano com a equipe [...]. Antes, a gente fazia o cronograma [...] as abordagens eram mais no corpo a corpo, indo nos setores [...]. No ano passado [...] a gente conseguiu trabalhar mais a segurança do paciente, o gerenciamento de riscos [...] usando uma ferramenta virtual [...] usando a plataforma [...] dos vídeos, conseguimos atingir muito [...]. O planejamento é anual e aborda [...] questões mais específicas e mais urgentes de acordo com as ocorrências [...] (E5).

Mediante o cenário de pandemia pela COVID 19, houve a exigência na instituição hospitalar de se elaborar uma Planilha exclusiva para a COVID 19 em relação ao gerenciamento de riscos, apontando-se também para dificuldades como a falta de EPI's e de insumos básicos para higienização:

Hoje a gente tem uma planilha exclusiva para o gerenciamento de riscos para COVID (E2).

A gente viu agora nessa COVID, nem EPI os enfermeiros tinham para trabalhar. A equipe de enfermagem tinha que trabalhar [...] (E3).

Nesse contexto do coronavírus é necessário que todos utilizem máscara [...] nós temos um público [...] pessoas de baixa renda [...] a gente consegue oferecer máscaras tanto para os pacientes quanto para os acompanhantes que vierem sem máscara ou máscara sem condição [...] são doações de confecções (E5).

No início da pandemia [...] a gente teve um problema [...] que foi a falta de insumos básicos de higienização de mãos [...] tivemos falta de álcool em gel [...] falta de sabão [...]. Tivemos que priorizar alguns insumos para as áreas críticas e outras áreas ficaram, até mesmo, com falta de produto [...] tem o consumo de álcool em gel na UTI COVID [...] nós temos esse monitoramento que conseguimos fazer [...] com sabão também [...] mensura mensalmente esse consumo [...] para conseguir ter esse indicador pelo serviço de higiene e limpeza [...] monitorando as trocas e o fluxo dos antissépticos (E7).

A importância do Plano de Ação e Prevenção está em evitar um futuro risco, readequar o protocolo para não acontecer novamente e funciona como estratégia de prevenção:

Se um paciente cai, a gente abre esse evento adverso, faz a notificação [...] e entra com uma medida [...] para evitar um futuro risco de novo (E1).

A gente monta um plano de ação, de prevenção [...] vê se foi alguma falha no protocolo [...] a não adequação de alguma medida que levou a essa lesão [...] para não acontecer de novo. Normalmente é assim que funciona em todos os processos (E2).

A gente conseguiu fazer um plano de ação bem bacana e bem aplicável (E5).

[...] Aquela notificação vai parar no Núcleo de Segurança do Paciente para ser discutida e realizar um plano de ação [...] define quando vai ser executada aquela ação para ter uma resolutividade daquilo, para não acontecer mais [...] ou tentar evitar ao máximo que aquilo não ocorra novamente (E8).

As Legislações são de fundamental importância no gerenciamento de riscos e foram destacadas como base para a elaboração dos protocolos, amparo em face de situações jurídicas e como linha guia que norteia as ações de segurança:

A RDC 36 deu muita força para a gente com relação ao gerenciamento de riscos, porque, a partir do momento que a vigilância sanitária mudou o foco dela [...] que era no controle de infecção e agora é segurança do paciente [...] A gente está em conformidade com a ANVISA, os treinamentos foram realizados e os protocolos estão feitos (E3).

[...] Todo mundo tem que usar máscara [...] acompanhante, quem for, porque é lei nacional, municipal. Hoje em dia tudo é judicializado (E5).

Porque a gente tem o Núcleo de Segurança do Paciente [...] a gente segue a RDC 36 de 2013 (E6).

O Ministério da Saúde [...] instituiu o Programa [...] Nacional de Segurança do Paciente [...] e tem aquelas metas internacionais para a segurança para todas as instituições, não só hospitalar, atenção primária, atenção terciária. Quanto as metas internacionais, a gente conhece seis metas. Elas têm que estar incorporadas dentro das instituições de uma forma efetiva, rigorosa, com monitoramento [...] (E7).

6.2.2 Inovação Tecnológica

No tema Inovação Tecnológica apreendeu-se apenas um subtema: Tecnologias.

6.2.2.1 Tecnologias

Neste subtema abordou-se o Uso de Código de Barras e o Prontuário Eletrônico.

No que se refere ao Uso de Código de Barras foi referido a utilização na Identificação dos Pacientes, como também na Identificação de Medicamentos na Dispensação:

A gente imprime na pulseirinha um código de barras onde o paciente vai ser identificado com essa pulseira (E2).

Na identificação [...] a gente tem a pulseira com código de barras com [...] três identificadores mínimos [...] (E5).

E hoje a gente trabalha com código de barras também na farmácia. Quando a medicação é dispensada, passa pelo leitor de código de barras que garante que aquela medicação vai para aquele paciente. A gente não tem ainda o controle de código de barras beira leito para confirmar que aquele medicamento foi para aquele paciente mesmo. Mas, a gente já tem um processo bem avançado nessa questão do código de barras e no controle de recebimento pelo paciente (E2).

A importância do Prontuário Eletrônico foi referida nos depoimentos ressaltando-se a existência de Computadores, o Conhecimento sobre Informática e a necessidade de Programas.

Desvelou-se sobre a importância de Computadores no avanço à segurança do paciente com vistas na identificação do mesmo, facilitação nas estratégias educativas, além dos benefícios da prescrição completa informatizada:

[...] A questão da tecnologia com o uso do prontuário eletrônico [...] a parte de computadores, de informática, que é outra coisa que tem seu lado bom [...] (E2).

A gente está em transição, mas ele (prontuário) é praticamente todo eletrônico [...] facilita muito as checagens [...] as auditorias, as conferências [...] nossos indicadores [...] eu vejo a gente com prontuário eletrônico, o tanto que avançou, avançou muito (computadores em rede) (E3).

[...] com os computadores já saía impresso (pulseira de identificação do paciente). Tinha uma impressora própria para esse tipo de impressão (E4).

[...] A questão do uso da medicação [...] já tem no sistema [...] travam as prescrições de alguns medicamentos potenciais de risco [...] as vezes um zero de ml pode ser fatal para o paciente [...] tem muitos alertas [...] ferramentas que travam a prescrição [...] desses medicamentos (E5).

Hoje o gerenciamento e a análise dos eventos é tudo de forma informatizada [...] reduziu o evento com o uso do computador [...] é uma forma muito mais rápida [...] A tecnologia (computadores) como um grande avanço [...] eu acho também que ela favoreceu nas estratégias educativas [...] que são mais atrativas [...] (E7).

[...] A tecnologia [...] a gente já tem setor que a prescrição é totalmente feita em prontuário eletrônico [...] A prescrição já vem toda certa [...]. Não tem como o médico esquecer de colocar quantas doses, nome, nome do princípio ativo, nome comercial. Não tem a questão do problema de leitura, as letrinhas maravilhosas, que a gente não entende [...] (E8).

Desvela-se nos depoimentos dos enfermeiros deste estudo que o Conhecimento sobre Informática pode ser facilitada por estudo em grupo, como também aponta para resistências face às dificuldades encontradas:

[...] para o profissional, na questão [...] de tecnologia, estudos em grupos, torna tudo muito mais fácil a comunicação dentro da unidade (E1).

E quando era no papel a gente conseguia (dificuldade com a informática) (E3).

No começo o médico mais antigo dizia: -Eu não vou mexer, eu não sei fazer. Como é que eu vou escrever nesse computador? Eu não sei digitar. Nesse ponto é um pouco difícil [...] a enfermeira vai ficar aqui do lado do senhor para ajudar a fazer a prescrição [...]. Tem hora que os profissionais são complicados para seguirem essa adesão, porque tem essa dificuldade (E8).

Complementa E8 que o fato de não possuir computador dificulta na digitalização que reflete nos registros de enfermagem no prontuário eletrônico:

Outra coisa [...] não tem computador [...] assim, uma dificuldade que eu vejo é isso [...] no início tem uma demora para fazer os relatos [...] para digitar demora um pouquinho [...]. O bom do prontuário eletrônico que não tem como você omitir hora. Não tem como você omitir data. Não tem como você omitir nada. Uma coisa que em prontuário manual tem como ir lá, cinco horas da tarde você relatar uma coisa que aconteceu uma hora da tarde. Então lá vai ficar registrado. Então assim, facilita muita coisa [...] (E8).

Com o uso das Tecnologias e dos Computadores foi necessário a inserção de Programas que contribuíram para a segurança do paciente e para auditorias de prontuários.

[...] O Tasy é um sistema, é um prontuário eletrônico [...] todo protocolo da cirurgia segura é eletrônico, no Tasy [...] tudo interligado, por exemplo, o aparelho de eletro consegue comunicar com o Tasy, o monitor consegue comunicar com o Tasy [...] que gera alertas [...] gera bloqueios [...] Alerta o profissional [...] está na hora de mudar o decúbito daquele paciente, reposicionar [...] Tem uma opção [...] Histórico de Saúde onde o médico entra lá e lança um alerta: PACIENTE ALÉRGICO A DIPIRONA [...] amarra todas as prescrições [...] ninguém mais prescreve dipirona para ele (E3).

Porque [...] quando não tem informação no Tasy, a gente não consegue auditar [...] porque é muito prontuário. A gente tem mil internações [...] seiscentas cirurgias [...] É impossível auditar (E3).

As prescrições eram todas digitais. Todas feitas por sistema informatizado e impresso (E4).

Uma estratégia usada durante a pandemia foi a de vídeos [...] na Plataforma Powtoon [...] fiz um vídeo de cirurgia segura [...] fiz questão de fazer muito bem explicado, detalhado visual, para tentar chamar o pessoal da importância [...] (E5).

A gente criou no Google Forms algumas perguntinhas relacionadas ao tema. E aí ele clica, ele consegue responder essas perguntinhas e a gente ainda contabiliza esse treinamento e registra através do acesso que ele faz pelo Google Forms (E5).

Acho que a tecnologia [...] assim [...] prontuário eletrônico [...] ajuda porque várias coisas podem ser barradas [...] por exemplo, o médico identifica o risco [...] sabe que o paciente tem risco de alergia. Na anamnese dele, evolução dele, ele nem pergunta isso. A enfermagem pontua isso lá no relatório dela. E isso puxa. Quando o médico prescrever, identifica em algum lugar que o paciente é alérgico a algum remédio [...] então a enfermagem não tem aquele retrabalho de identificar [...] com a bolinha. A bolinha perde, a bolinha descola [...] (E6).

6.2.3 Limites e Possibilidades

No terceiro tema foram apresentadas pelos enfermeiros em seus depoimentos as Facilidades e as Dificuldades encontradas no gerenciamento de riscos no ambiente hospitalar, gerando dois subtemas, respectivamente.

6.2.3.1 Facilidades

Nas vivências dos enfermeiros pôde-se apreender a importância da Implantação e Implementação de Protocolos para o gerenciamento de riscos com vistas a segurança do paciente e foram elencados como facilitadores a rede particular, o processo integrativo do funcionário, o sistema eletrônico e a subdivisão do Núcleo de Segurança com a criação de times para monitorar assistências específicas:

Então, em relação a qualidade e segurança do paciente, na rede particular a gente percebe uma facilidade muito grande na implantação dos protocolos de gerenciamento de riscos [...] o médico entende os protocolos, a equipe multidisciplinar entende aquilo como upgrade da assistência [...] Ele entende que se o paciente dele tiver com uma pulseirinha no braço, vai identificar que ele possa vir a desenvolver uma lesão, ou cair, enfim, os vários riscos que tem [...] Numa instituição pequena, com poucos médicos, com corpo clínico fechado, um corpo de cirurgões fechados, o gerenciamento de riscos é mais fácil de implantar [...] (E3).

O hospital tem acreditação, nível 3, preza pela segurança do paciente [...] tem vários instrumentos [...] Antes da pessoa iniciar seu trabalho no hospital já havia uma reunião, entregava-se um material didático para ela. Então, antes que ela iniciasse seu trabalho ela já tinha ciência de como era o serviço [...]. Ela já tinha uma noção de como desempenhar suas atividades (protocolos) [...] (E4).

[...] Se tem dúvida, clico no videozinho, vejo como é que faz, onde é que eu acho o formulário [...] Assim, esse formulário fica disponível na nuvem. Qualquer um pode imprimir [...]. Geralmente algumas coordenações de setores imprimem e deixa do lado da caixinha (E5).

Nós temos [...] o Núcleo de Segurança Institucional [...] ele é um pouco mais amplo, porque além de ter os protocolos de segurança do paciente, tem outros núcleos dentro desse Núcleo Institucional [...] Nós temos o Núcleo de Segurança do Paciente que foca nos aspectos assistenciais [...] protocolos e outros que focam em atenção patrimonial, atenção jurídica [...] (E7).

[...] Criamos vários times. Cada time é responsável pelo desenvolvimento, acompanhamento, monitoramento e até mesmo aplicação das ações educativas de sensibilização dentro da instituição para que todos os protocolos sejam incorporados... nós temos o time de lesão por pressão [...] acho que é um ganho para nós [...] são poucos hospitais que ainda têm [...] a estomaterapeuta [...] o time de prevenção de queda [...] o time da higienização de mãos que incorpora a prevenção das IRAS (E7).

Apreende-se também, como facilitador, a prática do Controle Preventivo de Equipamentos:

A gente faz tanto calibração, verificação elétrica [...]. Então tem todo controle preventivo [...] desses tipos de equipamentos. Isso é uma coisa que ajudou bastante (E2).

A existência de Redes de Apoio foi apontada como facilitadora para o gerenciamento de riscos no ambiente hospitalar, sendo apontado como exemplos a Rebraensp, um grupo de estudo em parceria com a faculdade, com a inserção de disciplina com foco na Segurança do

Paciente durante a formação e maior disponibilidade de profissional para avaliação pré-anestésica para a rede privada:

[...] Meu sonho era ter uma rede de apoio com as coordenações do Núcleo de Segurança do Paciente, para que a gente pudesse se ajudar e trocar ideias [...]. A gente tinha a Rebraensp [...] reunia a cada três meses [...] não tinha problema nenhum em falar dos problemas de um hospital para o outro, porque era totalmente profissional [...] (E3).

A gente poderia ter um grupo pela faculdade [...] porque é muito importante um grupo de estudo [...] e também uma alta liderança engajada com o Núcleo de Segurança do Paciente, a gente consegue melhorar os resultados [...] (E3).

Eu também sou professor universitário [...] na nossa universidade a gente tem dentro do programa [...] do curso de enfermagem, uma disciplina, focada na segurança do paciente e gerenciamento de riscos [...]. Eu acho que é um ganho para os profissionais que vão estar formando, porque eu acho que o embasamento é extremamente importante [...] para a prática assistencial (E7).

A gente tem o Núcleo de Atenção à Saúde que faz parte da Unimed que é um local onde pode ser agendado essas consultas (avaliação pré-anestésica). Então assim, para quem tem o convênio é muito tranquilo. Até mesmo questão particular. Então assim, todos os dias tem um anestesista que fica lá [...]. Você pode agendar ele vai, faz uma avaliação. Então assim, a gente criou também meios facilitadores [...] (E8).

Complementa-se como facilidade a existência de Fluxograma simples/*Checklist* aplicável 3/1:

Então uma das coisas que nós percebemos nesse tempo é que quanto mais simples, mais fácil [...] a gente faz checklist na sistematização, nós tentamos colocar três protocolos num formulário, para que seja aplicável [...] para conscientizar as pessoas da importância [...] e entender a questão do risco [...] (E2).

6.2.3.2 Dificuldades

Os enfermeiros, no cotidiano da práxis, vivenciam Falhas na Higienização Correta das Mãos por parte do pessoal da equipe:

[...] Essa questão de higienizar as mãos é um problema sério que temos (E2).

Em alguns momentos [...] os colaboradores também ficavam sobrecarregados. Então, acaba que o supervisor, tinha o papel de fiscal, tinha que ficar fiscalizando. Porque no meio das atividades, observava-se que alguns pontos acabavam-se perdendo. No momento da higienização das mãos, às vezes, era falho. Então, o supervisor tinha realmente o papel de fiscal (E4).

Os enfermeiros apontam a dificuldade no cumprimento do Mapa de Risco quando passa a ser uma decoração com o passar do tempo, quando se tem que exercer mais de uma função na instituição e a pandemia como um fator que trouxe mais riscos:

Mas a gente sabe que no dia a dia esse quadro (mapa de risco) acaba se tornando uma decoração, porque as pessoas, não tem [...] aquela coisa que no começo todo mundo olha, depois ele vira parte do cenário (E2).

Porque a gente não consegue [...] tratar todos os eventos, todos os riscos. Porque a gente infelizmente, tem que deixar o campo da assistência para ser um pouco burocrático. Muitas vezes, a gente tem que burocratizar algumas coisas para que não chegue a ter um dano ou um evento adverso com o paciente (E6).

[...] Por diversos fatores [...] a gravidade dos pacientes [...] a perda da qualidade da assistência [...] que a pandemia trouxe [...]. Então, o paciente, de certa forma, ficou mais exposto com os riscos, até mesmo pela baixa qualidade que a gente está dando para ele (E7).

O enfermeiro depoente refere a dificuldade relacionada a existência de Protocolos Complexos e Extensos:

[...] A gente observa que, às vezes, tem muita teoria [...] protocolos que eram livros, protocolos com trinta, quarenta páginas. A gente sabe que na assistência, ainda mais na enfermagem, a gente tem que reduzir. E a gente não pode deixar para o funcionário [...] confetizar muito e deixar de prestar assistência direta para o paciente (protocolos mais objetivos) (E2).

Em vários depoimentos pôde-se apreender que desde a implantação dos protocolos o enfermeiro se depara com Resistências às Mudanças tanto da equipe médica como da própria equipe:

Na rede pública a gente tem dificuldade na implantação e no gerenciamento dos protocolos por conta da característica do hospital [...]. Então, é um hospital enorme, com 350 leitos, um corpo clínico totalmente aberto [...]. Então, por exemplo, o protocolo de cirurgia segura, que a gente fez a implantação ... e na hora que chegava lá no Centro Cirúrgico, a gente observava que o funcionário não estava fazendo time out [...] E a gente não entendeu porquê [...] se tem um circulante que está lá especificamente para atender o cirurgião, para atender a cirurgia, e não está conseguindo fazer o time out [...] aí na auditoria a gente percebeu que estava tendo [...] uma indisposição da equipe [...]. Os técnicos ficavam com vergonha [...] a gente percebeu que a equipe médica não estava aderindo ao protocolo... A gente tem que trabalhar um protocolo por vez [...] mesmo assim a adesão de toda a equipe é diferente, eles não conseguem [...] talvez [...] por falta de comunicação, por ser muito grande, a gente não consegue implantar todos protocolos necessários para gerenciar os riscos dentro do hospital (E3).

Acho que gera uma barreira também. Porque o profissional, às vezes, está trabalhando nessa instituição 10, 15 anos e nunca foi cobrado dele estar realizando essas tarefas. Acho que isso dificulta também a gente chegar e está causando mudanças lá dentro (impedimentos para implantação dos protocolos) (E4).

A gente tem os dados satisfatórios do cumprimento do checklist, da cirurgia segura, mas a gente tem esse grande agravante que é da dificuldade com adesão da equipe. E o argumento principal deles é essa questão da urgência máxima, o perfil do hospital mesmo ... (E6).

E a dificuldade na implantação leva a eventos adversos [...]. Esses dias eu falei: - Gente o paciente caiu, ele não estava sinalizado [...]. A liderança falou assim: - A pulseira infla? [...] A própria liderança não entendeu o significado da pulseira, não entendeu o significado de sinalizar o paciente [...]. Então, se a liderança não entendeu, não adianta continuar, porque o técnico não vai entender também. E essa dificuldade vem pelo tamanho da instituição [...] A gente está com quase 50 leitos de

UTI. E [...] a dificuldade é imensa [...] A própria enfermagem está desunida [...] a gente vem nadando contramaré e nadando sozinho [...] (E3).

Um deles falou que era bobeira (equipe) colocar uma pulseirinha num paciente [...] no hospital a maioria é apartamento [...] é individual [...] O senhor João fica no quarto 24 [...]. Não vai ter outro João no quarto 24 [...]. Então, você fala assim, não gente, mas tem que por. Olha a importância [...] pode confundir a menina da recepção [...]. Então assim, é um trabalho muito frustrante [...] devia começar lá de trás (na formação) [...] cada vez mais aperfeiçoando. Não chegar só lá no hospital e falar assim: -Agora aqui tem isso [...] (E8).

Complementa o enfermeiro que na implantação de protocolos em unidades de internação identificam-se mais dificuldades do que em unidades de maior complexidade como em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). E apresenta o contraponto encontrado na Unidade Neonatal, em face da presença materna:

A gente tem o protocolo, tem identificação, tem essa questão da beira leito, mas na pulseirinha visualmente, a gente só conseguiu implantar o de queda. A gente não conseguiu implantar nem o de lesão por pressão e nem de alergia. Então na UTI funciona super bem, mas nos outros andares de internação tem uma dificuldade maior. Mas também, na UTI é onde a gente tem a maior taxa de lesão por pressão. Então é onde a gente foca as maiores estratégias [...]. Assim nos demais setores [...] eles faziam tudo, mas não registravam nada. A vigilância começou a passar para investigar os eventos, parecia que a gente não tinha trabalhado nada [...] (E3).

[...] A gente ainda não conseguiu implantar uma escala de avaliação de risco para neonato [...] porque era escala de avaliação muito mais da mãe do que do bebê. Porque é uma escala que avalia as medicações da mãe [...] se está amamentando [...] tudo interfere para mãe derrubar o bebê (E3).

Acrescenta a Resistência da equipe de enfermagem em relação ao Protocolo de Medicamentos Controlados em Unidades de Urgência e Emergência face ao uso imediato:

Em relação a medicamentos controlados que vem no saquinho [...] a equipe também reclama. A equipe: [...] dá muito trabalho. Dá muito trabalho, na hora da emergência, estar tirando do saquinho [...]. Eles reclamam com tudo [...] (E3).

Reforça a importância de treinamentos para a Implantação e durante a Implementação dos Protocolos, assim como a comunicação e o envolvimento entre as equipes:

Os treinamentos foram feitos, mas não deu aquela base que o nosso colaborador precisa [...] Então ainda é muito complicado para equipe [...] (E3).

O nosso maior problema é a informação chegar correta [...] É a comunicação fluir. Isso aí é um problema que a gente tem e a gente sempre tende a melhorar a cada dia essa comunicação entre as equipes (E6).

Nós não conseguimos no momento até hoje fazer em todos os setores, por falta de pessoal treinado, por falta até mesmo de envolvimento [...] (E7).

O número reduzido de funcionários remete para uma sobrecarga no trabalho da enfermagem o que vem a dificultar na implantação de protocolos, observado principalmente em hospitais menores:

Em hospitais de pequeno porte [...]. O quadro de funcionários é reduzido [...] no Pronto Socorro, na maior parte do tempo, eu sou o único profissional [...]. Na enfermagem fica uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem [...] Em alguns momentos, elas ficam sobrecarregadas pelo trabalho. Então, com essa redução que a

gente tem no quadro de funcionários dificulta um pouco. Outra questão seria a falta do contato desses profissionais com essa vivência, com essa rotina (implantação de protocolos) [...] E4.

E eu não sei como fica em relação ao hospital pequeno, qual que é o incentivo, que se é feito para gerar esses indicadores, porque eu saí de um hospital de maior porte que tinha isso muito bem estruturado para um hospital de pequeno porte em que as pessoas, às vezes, fazem o gerenciamento de riscos, mas não tem nada documentado. Enquanto um tinha excesso de fichas para se preencher, documentações, o outro já peca pela falta deles [...] (E4).

Acrescenta-se ainda dificuldades apontadas em relação a ser hospital público ou privado:

[...] A pulseira de identificação [...] hospital público [...] que você sabe das dificuldades. Às vezes o estoque acaba [...] a gente tem que trabalhar com contingência [...]. A gente trabalha com a contingência do modelo atual de pulseira [...] fica um intervalo sem a pulseira oficial [...]. A gente vai gerenciando os problemas (E5).

[...] A gente tem muito paciente de protocolo de onda vermelha [...] quando o paciente chega [...] naquele alerta máximo de que se ele não for para mesa na hora, ele vai morrer. Então [...] a proposta é que seja feito o certo para todos os pacientes [...]. Mas, realmente a gente sabe que tem algumas limitações. A gente tem muito paciente que entra grave [...] mas tem muita amarola rosa [...] que entra no bloco também. Então, dá minimamente para fazer as conferências e a adesão da equipe médica [...] (E5).

A dificuldade nossa maior é com o paciente no Pronto Socorro [...] por causa das quedas [...] a gente fez um modelo de faixa para contenção [...] tem um número reduzido de costureiras aqui dentro do hospital [...] dificuldade para implantação do protocolo de quedas [...] (E5).

Agrega-se às dificuldades encontradas a falta de incentivo de gestores e lideranças como se apreende nos depoimentos:

[...] É uma luta [...] a direção não está alinhada [...]. Às vezes ele quer só descobrir quem foi o culpado [...]. E não é isso. É um trabalho longo [...] de mudança de cultura [...]. Ainda está nessa ideia [...] se eu errei a culpa é minha. Nem sempre a culpa é minha. Às vezes, eu fui induzida ao erro [...]. E ninguém erra por querer. Eu sempre falo nos meus treinamentos. Eu não saio de casa, assim para falar: _ Hoje eu vou matar uma criança. Hoje eu vou passar vaselina na veia de uma criança. Não, [...] hoje eu vou fazer dipirona no paciente que é alérgico porque eu quero ver morrer. Então, é muito pelo contrário, a gente trabalha por salários baixos, muitas vezes em duas jornadas, em situações precárias de trabalho. Então, a gente trabalha por muito amor [...]. Então, se a gente erra [...] eu não consigo acreditar que o profissional de saúde erra de propósito [...] (E3).

[...] A gente enquanto Núcleo, enquanto Qualidade, está muito restrito, porque a alta liderança tem que estar engajada com a nossa causa [...]. Assim, o objetivo comum da alta liderança deveria ser melhorar a qualidade da assistência através da diminuição de eventos adversos, através do gerenciamento de riscos. Então, o primeiro passo para diminuir o evento adverso é gerenciar riscos [...]. Então, a gente precisava que eles entendessem isso [...] (E3).

Então assim, é uma realidade que eu vivo, infelizmente, nós temos muitos gestores, líderes de unidades, que são pouco engajados, pouco participativos e que, infelizmente, não agregam para equipe o que precisa ser agregado [...]. Os gestores, os líderes acham que o papel deles é alimentar no sistema ali todo fim do mês, o seu indicador assistencial dos protocolos e acabou. Ou quando acontece algo, uma piora

do indicador, ele acha que a obrigação é somente do gerenciamento de riscos ou do time do protocolo [...]. Não tem que ter o engajamento dele também [...]. Acho que o gestor, o líder tem que ter essa noção de que o papel central é dele. Ele com os demais da equipe, eles são protagonistas da assistência [...] (E7).

[...] A gente vê muitas dificuldades [...] de ter esses protocolos, ter os profissionais corretos para aplicar esses protocolos [...]. Então [...] não é ter só no papel [...] a vigilância vem e me cobra. Está lá no papel, mas na prática nunca acontece. Então não resolve [...]. É para você ter de aplicar [...] fazer [...] a gente está engatinhando nessa parte. Eu falo assim, engatinhando a passos bem lentos [...]. Porque a gente poderia ter mais incentivos (E8).

Foi colocado pelo participante que a rotatividade de pessoal dificulta o gerenciamento de riscos:

A teoria, ela é bonita. A prática não funciona muito bem, porquê? Acaba que a gente tem muita troca de funcionário. Então [...] às vezes, quando você comenta que o negócio está redondinho, troca o funcionário [...]. A questão do processo de qualidade, do gerenciamento de riscos ele tem que ter uma cultura mais implantada. [...] não é chegar e começar [...]. Então, assim, é uma coisa que leva um certo tempo (E2).

[...] Aqui a gente também é hospital escola [...] entra uma nova equipe de residentes [...] tem que ensinar de novo [...] você faz uma ação para todo mundo [...] está comprometido [...] daqui há três meses, quatro meses está todo mundo frouxo [...] tem que repetir (E5).

Aponta-se ainda a falta de compromisso de alguns funcionários em aderir aos protocolos:

... Aí a gente vai tenta orientar, explicar a importância [...] dessa questão da segurança do paciente. Mas é muito difícil, é difícil porque as pessoas [...] elas querem quanto muito executar suas tarefas, chegar às 07h, sair às 19h, não estão muito preocupados em fazer qualquer coisa com algo a mais [...] (E2).

Muito formulário copia e cola porque a gente hoje com nosso prontuário eletrônico dá opção de fazer uma cópia. E, às vezes, as pessoas copiam e não leem. Então a gente tem que ficar atenta a isso [...] (E2).

Complementa-se que é fundamental que haja um embasamento na formação sobre conteúdos que abordem gerenciamento de riscos e segurança do paciente:

[...] Eu vejo ainda uma dificuldade muito grande dos profissionais em lidarem [...] e analisar os eventos de uma forma crítica [...] dando importância do gerenciamento do risco [...] Então, eu acho que é um aspecto da formação profissional [...] que tem que ser fortalecida [...] (E7).

O que eu sinto é que as vezes, não há um envolvimento, não há criticidade na análise [...] porque falta, de certa forma, um pouco mais de conhecimento [...] saber que o gerenciamento de risco é um pilar assistencial [...] onde foca na qualidade, foca na segurança dos pacientes [...] até mesmo dos profissionais que estão envolvidos no cuidado (E7).

[...] Ter esses conhecimentos [...] saber da importância do Núcleo de Segurança, aplicar, incentivar, tem que começar lá de trás (na formação acadêmica) [...] quando o profissional, ele já chega no mercado com essa cultura [...] é diferente [...] (E8).

Ressalta-se ainda a importância da comunicação na referência e contra referência entre serviços:

A gente tem muitos desafios ainda entre clínicas [...] É um desafio de comunicação [...] quando eu preciso de uma inter consulta de uma clínica para outra [...] Ah, eu tenho um paciente que é da geral, mas que por acaso eu identifiquei algo da vascular [...] Essa comunicação ainda está complicada [...] a gente tem um sistema [...] a gente usa o SINC, que é um sistema de gestão hospitalar [...] ele tem muitos problemas [...] ele é muito limitado [...] (E5).

Outra questão apontada como dificuldade refere ao Custo alto para Aquisição e Manutenção Preventiva dos Equipamentos:

A qualidade, ela vem com essa cultura para fazer a manutenção preventiva, não é uma coisa comum e ela tem um custo muito alto. Então, hoje uma das maiores dificuldades dentro do processo de qualidade é a manutenção dos equipamentos. Por que? Porque a gente tem que fazer manutenção dos equipamentos do suporte a vida a cada 6 meses e dos demais equipamentos 1 vez ao ano (E2).

Então assim [...] bomba de infusão é cara. Não dá para ficar comprando bomba para todo paciente. Usar o equipo específico [...] equipo de bomba de infusão [...] é caro para todo paciente. Então [...] facilitaria muito [...] a tecnologia ajuda muito [...]. Mas tem que estar atrelado ao custo. Tem que fazer manutenção preventiva [...]. Não só corretiva, mas também tem que ter a preventiva. Porque [...] para ver se está tudo certo, se está gotejando correto, se está tudo ok (E8).

7 DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

Apreende-se no presente estudo que o maior número de participantes é do sexo feminino (75%). Corroboram com a pesquisa Gutierrez *et al.* (2020), em que 85% de um n=186 eram mulheres, quando investigou as dificuldades de enfermeiros na segurança do paciente em Centro Cirúrgico no Brasil.

Explica-se a porcentagem mais elevada de mulheres em relação a de homens em ambas pesquisas devido ao número de profissionais do sexo masculino na enfermagem ser bem menor (14,4%). Contribui para essa desproporção, a implantação do modelo anglo-americano de Escolas de Enfermeiras no Brasil que perdurou até os anos 70 do século XX (MACHADO *et al.*, 2016).

Wachholtz; Kunz Da Costa; Pissaia, (2019), apresentou uma amostra de enfermeiros onde o sexo masculino predominou, em contraponto ao resultado deste estudo. Em relação ao tempo de formação na enfermagem variou de 4 a 24 anos, a idade entre 31 e 51 anos, o tempo de atuação na UTI de um a 24 anos, apenas um não possuía especialização.

Na presente pesquisa o tempo de formado foi de zero a 20 anos, a idade entre 20 e 40 anos, e 50% dos participantes apresentaram tempo de atuação no cargo, gerenciando riscos, acima de um ano e abaixo de 10 anos e, ainda, dois depoentes não possuíam especialização e apenas dois possuíam mestrado.

A qualificação dos profissionais é fundamental para uma assistência segura e de qualidade, tendo em vista a integralidade do cuidado ancorada nas competências profissionais e gerenciais, além de atender as exigências do mercado de trabalho. Os estabelecimentos de saúde buscam por profissionais capacitados para acompanhar as mudanças desenfreadas que os envolvem (TREVISIO *et al.*, 2017).

7.2 VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM HOSPITAIS COM BASE NO GERENCIAMENTO DE RISCOS

7.2.1 Processos Assistenciais

À luz da vivência dos enfermeiros torna-se imprescindível os processos assistenciais que delineiam a Sistematização da Assistência de Enfermagem, alicerçada em protocolos assistenciais, com vistas à segurança do paciente, em convergência ao objeto deste estudo, que trata da qualidade da assistência em hospitais com foco no gerenciamento de riscos.

Corroborando a literatura, que a enfermagem desempenha um papel fundamental no processo de cuidar, seja nos cuidados gerais ou individuais, quando promove segurança e qualidade no serviço prestado. Assim como o processo assistencial de enfermagem está diretamente relacionado com a evolução clínica do paciente, também o ambiente que o envolve concorre para que a assistência seja humanizada e integral (ISMAEL, 2019).

7.2.1.1 Protocolos de Segurança do Paciente

No presente estudo apreendeu-se que o treinamento e o processo de integração se fazem muito importantes para o sucesso da Higienização das Mãos e que a disponibilidade de bancadas, pias, pontos de álcool, torneiras com ozônio, muito contribuem para efetividade do procedimento.

Ressalta-se que a técnica correta de higiene das mãos associado a disponibilidade de insumos de qualidade são cruciais para evitar a transmissão de infecções pelos profissionais e a contaminação dos mesmos. Para elevar a qualidade na execução desse procedimento faz-se necessário trabalhar as crenças e a cultura dos profissionais e também investir em educação permanente (OLIVEIRA; HONORATO, 2021).

Concluiu-se em estudo que a higiene das mãos ainda é um procedimento que precisa ser melhorado tanto na técnica quanto no conhecimento, assim como na atitude da equipe de enfermagem. Reforçam que o treinamento e a fiscalização são meios para alcançar o nível desejado de satisfação para evitar infecções (DEEPAK *et al.*, 2020).

A conscientização da equipe no local de trabalho é uma excelente estratégia para diminuir e controlar as infecções relacionadas à saúde sem dispêndio de grandes gastos, por ser uma ação simples e bastante eficaz desde que contemple os 5 momentos, que são: antes de

contato com o paciente, antes de realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluídos corporais, após contato com o paciente e após contato com áreas próximas ao paciente (CAZALI *et al.*, 2018).

Complementa-se que o gás ozônio possui ação desinfetante na água para consumo humano, porém pode causar alergias, lesões na pele, nos olhos e respiratórias. Também não há evidências científicas sobre a ação desinfetante do ozônio no combate ao Sars-Cov-2 (BRASIL, 2020).

No que se refere ao Protocolo de Cirurgia Segura, esta pesquisa abordou sobre a importância do *checklist* que inicia desde a recepção até o pós-operatório e a equipe envolvida.

A Lista de Verificação para Segurança Cirúrgica (*checklist* de cirurgia segura) envolve três etapas: A Entrada (*sign in*), que compreende ao período que antecede a indução anestésica; a Pausa cirúrgica (*time out*), que compreende o período posterior a indução e anterior a incisão cirúrgica e a Saída (*sign out*), que compreende período anterior à saída do paciente da sala cirúrgica (OMS, 2009).

Falhas na utilização do *checklist* de cirurgia segura foram apontadas em um hospital geral de grande porte, sendo observado preenchimento incompleto, presença de incoerência de dados, além da inexistência da ferramenta nos prontuários de pacientes mais graves, ou seja, de maior risco, comprometendo assim a segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Acrescenta outro estudo que nas etapas de aplicação do *checklist* de Cirurgia Segura foram identificadas falhas cometidas pelos médicos, o que remete ao pouco ou nenhum contato com o Protocolo durante a formação acadêmica e, principalmente à falta de treinamento para a utilização do instrumento oferecido pelo hospital. A maioria das falhas relacionadas ao procedimento cirúrgico se referem aos materiais e equipamentos e à falta de informações sobre o paciente. Apontam que a implantação correta do protocolo acarretará na diminuição dos riscos que envolvem o procedimento cirúrgico (SILVA *et al.*, 2020b).

Estudo realizado em hospital referência em tratamento cirúrgico, no interior de São Paulo, envolvendo toda equipe do Centro Cirúrgico local, foi concluído que os profissionais possuem conhecimento sobre a Lista de Verificação e sobre a sua influência na qualidade da assistência durante o procedimento cirúrgico, além de apontarem as dificuldades e ações estratégicas para a implantação (SANTOS; DOMINGUES; EDUARDO, 2020).

Contrapondo ao achado anterior, no estudo sobre a percepções dos profissionais de enfermagem na aplicação do *checklist* de cirurgia segura foi identificado que nem todos os profissionais de enfermagem possuíam conhecimentos científicos sobre a cirurgia segura. A maioria apresentou dificuldade de falar sobre a ferramenta. Foi sugerido a implantação de uma cultura de segurança e capacitação dos profissionais para entenderem que não se trata apenas de uma ficha a ser preenchida, mas de um instrumento para prevenir e reduzir erros durante o período perioperatório, o que acarretará em melhores níveis de qualidade da assistência (TOTI *et al.*, 2020).

No que diz respeito ao Protocolo de Prevenção do Risco de Quedas esta pesquisa trouxe o risco de quedas dentro do hospital e alguns meios para identificá-las, sendo essencial elevar as grades e as escalas de predição para detectar os pacientes suscetíveis na entrada ou com potencial para desenvolver o risco, assim como realizar a sinalização com pulseiras.

Estudos nacionais compilados em uma revisão integrativa não apresentam instrumentos de avaliação em relação ao uso ou não de grades no leito, sendo assim, por falta de embasamento científico, não se pode afirmar que as grades são dispositivos de contenção mecânica eficazes na prevenção de quedas. Para tanto, remete-se à necessidade do enfermeiro realizar a avaliação clínica de cada paciente para a elaboração de um plano de cuidados individualizado e à orientação da equipe de enfermagem (FERREIRA *et al.*, 2019).

Concluiu-se em estudo que as quedas são consideradas os incidentes mais comuns no setor de urgência hospitalar. Qualquer que seja a queda, todas trazem algum tipo de dano, seja físico ou psicológico. Diante disso, evidenciou-se que nenhum instrumento de triagem se mostrou eficientemente adequado para que o risco seja evitado. Orienta-se que os pacientes com riscos específicos e os acima de 65 anos recebam avaliação clínica levando-se em conta os vários fatores para risco de quedas (MORRIS; O'RIORDAN, 2017).

Confirma-se a importância da escala de predição no momento da triagem de paciente e a colocação da pulseira como identificador visual, ambos fundamentais para detecção do risco de quedas. Assim como, atribui-se que os chinelos contribuem para esse tipo de dano (KOBAYASHI *et al.*, 2017).

Foi relatado em aproximadamente 18% dos prontuários, em um estudo, a utilização da contenção física, como medida para evitar quedas em pacientes com demência ou alteração dos níveis de consciência no ambiente hospitalar. Ressalta-se que tal conduta deve estar amparada em protocolos da instituição e parâmetros legais, tendo em vista a humanização do cuidado ao paciente (PEREIRA *et al.*, 2020).

Em uma revisão integrativa concluiu-se que as contenções variam conforme os tipos, o ambiente e o profissional envolvido. Vários são os fatores envolvidos. As contenções físicas e as medicações antipsicóticas estão relacionadas ao comprometimento cognitivo podendo acarretar em doença física, desencadear problemas psicológicos e evoluir para o óbito. Evitar o uso de contenções implica na prestação de uma assistência de qualidade, o que é possível por meio da adesão aos programas e às políticas de intervenção do uso de contenções em idosos (BACKES *et al.*, 2019).

Apreendeu-se em estudo que a equipe de enfermagem, em ambiente hospitalar, sabe que a proximidade com o paciente permite detectar os riscos acerca da queda, assim como, a importância do seu papel para evitar esse tipo de evento e o plano de ações individualizado elaborado pelo enfermeiro. Porém, no mesmo estudo, observou-se que os pacientes e familiares carecem de mais orientação sobre o assunto (SOUZA *et al.*, 2020).

Complementa-se que a gestão precisa dar mais atenção aos mobiliários e a estrutura física como medida complementar na prevenção de quedas. Aponta-se para a educação permanente, a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e a implementação das seis metas internacionais como providências para evitar ou diminuir os riscos que envolvem as quedas nas instituições hospitalares (SOUZA *et al.*, 2020).

Evidenciou-se que a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) apresentam inúmeras atividades/intervenções que apoiam o enfermeiro na prevenção do risco de quedas no hospital, além de melhorar a construção desse registro, que é um respaldo da assistência prestada (PEREIRA *et al.*, 2020).

Foi abordado também, na presente pesquisa, o Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão. Foi inferida a sinalização por pulseiras nos pacientes propensos ao risco, a escala de predição como elemento fundamental e os dispositivos e produtos farmacêuticos que auxiliam na prevenção do processo de cicatrização das lesões.

Identificou-se que os fatores de risco para lesão por pressão eram a presença de edema, hipertermia e a idade superior a 59 anos, sendo o risco alto conforme escala preditiva e a ocorrência elevada. Ressalta-se que a ausência da lesão foi relacionada às intervenções de enfermagem, porém as prescrições não eram individualizadas. Sugeriu-se a implantação e implementação do Protocolo para Prevenção de Lesões por Pressão como medida para qualificar o cuidado (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Complementa-se que um estudo de coorte evidenciou alta taxa de incidência de lesões por pressão e risco elevado para desenvolvê-las. Os fatores de risco elencados foram: AVC

prévio, idade maior que 60 anos e a média de horas de Nada Por via Oral (NPO). A fisioterapia apresentou-se como positiva para a proteção das lesões por pressão (LOPES; BATASSINI; BEGHETTO, 2021).

Na elaboração de Protocolo de Lesão por Pressão é imprescindível o embasamento nas melhores evidências científicas para estabelecer as ações estratégicas com vistas à segurança do paciente. Para tanto, apresenta-se uma pesquisa, na qual, foram selecionados 17 indicadores da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) que irão contribuir na avaliação de pacientes com lesão por pressão após comum acordo de especialistas. Na práxis, esse instrumento poderá garantir a qualidade da assistência por meio de evidências, além de servir de apoio no diagnóstico e no tratamento de pacientes com lesão por pressão (SANTOS *et al.*, 2021a).

Reforça-se que para garantir a assistência individualizada, a atuação do enfermeiro é fundamental na prevenção das lesões por pressão. Pesquisa realizada nas Unidades de Terapia Intensiva aponta para o papel do enfermeiro a partir da admissão do paciente e na continuidade diária no levantamento de riscos e monitoramento da pele, além das intervenções padronizadas para prevenção de lesão por pressão. A mudança de decúbito é uma ação que não tem custos, mas que necessita da enfermagem para ser executada a cada 3 horas, afim de se obter resultado positivo. Sendo assim, aponta para a gestão oferecer melhores condições de trabalho, com número suficiente de profissionais para que a assistência seja adequada, segura e de qualidade (GONÇALVES *et al.*, 2020).

O Protocolo de Prevenção de Úlceras por Pressão do Ministério da Saúde orienta a avaliação do paciente na admissão e a reavaliação diária para o risco de desenvolvimento contemplando a mobilidade, a incontinência, o déficit sensitivo e o estado nutricional utilizando uma ferramenta de apoio (escala de predição). Instrui também a inspeção diária da pele e o manejo da umidade (manter o paciente seco e a pele hidratada). Atenta para a importância da nutrição e da hidratação, assim como do alívio da pressão a cada duas horas (BRASIL, 2013b).

Ainda segundo Brasil (2013b), a recomendação para um paciente permanecer na mesma posição é de até duas horas para aqueles que não apresentam problemas circulatórios. Ressalta também que os déficits nutricionais estão relacionados a perda da massa muscular, que deixa as proeminências ósseas mais salientes e dificulta na deambulação, à presença de edema e ao menor fluxo sanguíneo.

No que se refere ao Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos foi apreendido dos enfermeiros deste estudo a respeito do fluxo da prescrição médica, horário da dispensação de medicamentos, distribuição em saquinhos lacrados e a avaliação da farmacêutica. Apontam que os medicamentos potencialmente perigosos eram destacados nas prescrições e também administrados após a dupla checagem, além da conferência de dados beira leito por meio da pulseira e placa de identificação. Foi abordado sobre o farmacêutico e sua relação com a tecnovigilância e farmacovigilância, além de toda equipe envolvida desde a prescrição até a administração dos medicamentos. Acrescentam em seus depoimentos sobre a importância da identificação visual, que serve de alerta para evitar equívocos, como também, apontam para o desafio relacionado aos erros de medicação.

Importante ressaltar que a atuação da equipe multiprofissional, a comunicação efetiva e as ações de barreiras são fundamentais para diminuir os erros de medicação. Foram elencadas como estratégias, as campanhas; palestras; instituição de comissões; simulações clínicas; reuniões com funcionários e gerentes com exposição de suas opiniões; inserção de pessoas chave no processo; dupla checagem com o uso de *checklist*, uso de bombas de infusão para medicamentos específicos e o uso de tecnologias como o código de barras, dose unitária e a prescrição eletrônica (MIEIRO *et al.*, 2019).

O uso de *checklist* elaborado para administração de medicamentos permitiu padronizar o processo e oferecer qualidade no cuidado prestado, quando alguns itens de segurança são verificados em todas as etapas do procedimento. O instrumento possibilitou mais atenção da equipe de enfermagem, porém seu uso isolado não garante a ausência de incidentes. Faz-se necessário instituir a corresponsabilização e o compromisso de todos os envolvidos na prestação de cuidados (CARDOSO *et al.*, 2019).

Baseado no Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, são nove os itens de verificação para administração segura de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa (BRASIL, 2013c).

Estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva cirúrgica, no estado do Sergipe, no Brasil, concluiu que os itens paciente certo, medicamento certo, dose certa, registro certo, orientação certa e hora certa não foram verificados corretamente, contrariando os quesitos de boas práticas de segurança do paciente (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2017).

Em relação ao preparo e administração de medicamentos endovenosos em acessos periféricos, um estudo evidenciou que a adesão a higienização das mãos e a limpeza e

desinfecção de superfícies e ampolas era baixa, assim como a desinfecção de conectores. A realização de *flushing*, lavagem do lúmen do cateter com solução fisiológica, também não foi considerada adequada talvez pela não dispensação da farmácia de forma prevista, somente por requisição pela enfermagem (FERREIRA *et al.*, 2021).

Ressalta-se que investigação comprova que profissionais farmacêuticos e de enfermagem não possuem suficiente conhecimento sobre medicamentos potencialmente perigosos para garantir a segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva, setor de alta complexidade, assim como as medidas de prevenção de incidentes também não foram consideradas eficazes (REIS *et al.*, 2018).

Apresenta-se a farmacovigilância como uma área de atuação do farmacêutico hospitalar em que identifica, avalia, analisa e previne os riscos relacionados a medicamentos envolvendo o paciente, com vistas a traçar planos e ações estratégicas como forma de evitá-los ou diminuí-los. Ressalta-se também, o envolvimento de diversas áreas de atuação e um sistema de notificação fidedigno para a eficácia dessa ciência que envolve a segurança do paciente (LARREA; ANGUIANO; BETANCOURT, 2018).

Corroborar-se que a farmacovigilância é um programa que trouxe benefícios para um hospital de um pequeno país da Europa, favorável a segurança do paciente e vinculada a todas as atividades do farmacêutico. As reações adversas podem ser analisadas por variáveis ou de modo global. É considerada uma evolução para a área da farmácia no ambiente hospitalar (PÉREZ-RICART *et al.*, 2019).

A tecnovigilância é a vigilância de eventos adversos relacionados a produtos (materiais e equipamentos) para a saúde pós-comercialização (BRASIL, 2021). A má utilização de dispositivos pode gerar várias consequências evitáveis por falta de conhecimento e exemplifica com as canetas para injeção de insulina, dispositivos inalatórios e para auto irrigação de colostomia (NICOLETTI; TSUBAK, 2019).

A presente pesquisa em relação ao Protocolo de Identificação do Paciente evidenciou que a identificação no leito contribuiu para a prevenção de erros relacionados a medicamentos, permitiu realizar a classificação de riscos individualizada, devendo ser realizada na admissão do paciente na instituição. Foi identificado nas instituições a importância do uso de pulseiras com alguns identificadores, desde que os dados estejam legíveis e corretos.

Na literatura encontra-se que o sistema de identificação do paciente em um hospital referência para doenças infectocontagiosas no nordeste do Brasil se mostrou vulnerável

(SILVA *et al.*, 2020c). Assim como em uma maternidade, na mesma região, também se identificou falhas na identificação de recém-nascidos em relação ao uso da pulseira e autenticidade dos dados (SILVA *et al.*, 2019b).

As orientações para correção das falhas em ambos estudos foi a conscientização dos profissionais envolvidos quanto a importância das pulseiras de identificação para todos os pacientes, com dados fidedignos, por meio de capacitação e rastreamento pela checagem diária com vistas a garantir a segurança do paciente durante a assistência, principalmente aqueles de grande vulnerabilidade (SILVA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2020c).

Vale ressaltar a resistência de profissionais de saúde, como em estudo realizado no Sul do país, quanto ao ato de confirmar a identificação do paciente durante a assistência prestada. Como forma de garantir a segurança do paciente, os profissionais precisam repensar o seu modo de atuar, assim como implantar outras formas de identificação fazendo uso de novas tecnologias (BORGES *et al.*, 2021).

7.2.1.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se faz imprescindível nos serviços onde atua a enfermagem. Por meio da SAE a equipe presta seus cuidados de forma padronizada, proporcionando qualidade assistencial. Os enfermeiros sabem das vantagens de sua aplicabilidade tanto para si mesmos, pois promove a autonomia profissional, como para o paciente, que recebe os cuidados com maior segurança. Porém, a realidade reflete dificuldade na implementação da SAE nos serviços de saúde devido ao número insuficiente de profissionais de enfermagem, falta de capacitação e a burocratização excessiva (COSTA; SILVA, 2020).

Estudo desvela que por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem o enfermeiro consegue identificar os riscos e na prescrição de enfermagem orientar ações para diminuir e evitar falhas que possam gerar danos aos pacientes (FUSARI *et al.*, 2021).

Acrescenta-se que para superar as dificuldades na implementação da SAE o enfermeiro deve buscar sua autonomia fundamentada no conhecimento científico e no compromisso ético e profissional, como também as instituições devem assumir seu papel com maior envolvimento e abertura para implementação a partir de sua realidade. Para tanto, é

fundamental a mudança de paradigma na forma de trabalho do enfermeiro passando de atividades funcionais e rotineiras para atividades embasadas na SAE (COSTA; SILVA, 2020).

Esclarece-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e seus pilares e o Processo de Enfermagem (PE) possuem diferenças claras. Os pilares da SAE, Pessoal e Instrumentos, estão diretamente relacionados à organização do trabalho no que diz respeito à assistência. O pilar Pessoal compreende a gestão de pessoas, enquanto o pilar Instrumentos refere-se à supervisão e organização da assistência, utilizando-se de Protocolos, POP's, *Bundles*, que é uma forma estruturada de melhorar os processos e os resultados dos cuidados para o paciente por meio de práticas baseadas em evidências. Por sua vez, o PE faz parte do pilar Método, e deve estar embasado nas Teorias de Enfermagem e referenciais teóricos para a prestação de cuidados e para a documentação e orientação da prática clínica de Enfermagem (SANTOS *et al.*, 2021b).

Uma investigação realizada na Unidade de Terapia Intensiva evidenciou que o Processo de Enfermagem permite uma aproximação maior e mais aprofundada do paciente e traz visibilidade ao enfermeiro por meio de seus registros, o que acarreta na oferta de qualidade assistencial. O Processo de Enfermagem é um instrumento que orienta na prestação de uma assistência baseada em conhecimentos científicos (SILVA *et al.*, 2021a).

No que concerne à Classificação de Riscos, os depoentes suscitaram sobre a importância da identificação dos mesmos, da Matriz de riscos, do uso de ferramentas de qualidade para classificar os riscos (Matriz GUT).

A identificação de riscos no ambiente hospitalar é uma importante ação que previne e impede erros que possam causar danos aos pacientes hospitalizados. A implementação de Protocolos de identificação de riscos serve como instrumento para nortear ações conforme o risco identificado, promovendo assim, um cuidado qualificado, seguro e humanizado (BRANDÃO; BRITO; BARROS, 2018).

A busca ativa foi apontada como estratégia fundamental dentro do processo gerencial para identificar os riscos dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva. Além disso, a cultura de segurança deve estar fortalecida em todos os setores da organização e os profissionais comprometidos na oferta de melhores práticas assistenciais (SANTOS *et al.*, 2017).

A enfermagem vem buscando vencer os desafios nos quais concernem os riscos existentes nos setores de internação, estabelecendo novos métodos de assistir e gerenciar.

Mediante os riscos identificados, planos de cuidados são desenvolvidos com vistas a garantir a segurança do paciente, sejam eles físicos ou assistenciais (SIMAN; BRITO, 2016).

Os riscos também estão presentes para os profissionais de enfermagem conforme elucidado em estudo realizado no ambiente hospitalar. Os fatores associados foram o número reduzido de profissionais em contraponto à alta demanda assistencial e inadequações na infraestrutura e no processo de organização gerencial (SILVA; CAMACHO; VALENTE, 2020).

Estudo envolvendo estudantes de medicina demonstrou que poucos participantes identificaram riscos de segurança do paciente relacionados à falta de identificação do mesmo, queda, não higienização das mãos, cirurgia segura, falta de distanciamento correto entre os leitos e falta de EPI. Porém, o mesmo estudo possibilitou mudança no modo de pensar e agir na identificação dos riscos, especialmente os que envolvem medicamentos e doenças infectocontagiosas. Dessa forma, faz-se necessário a inserção do tema durante a formação acadêmica na área da saúde (GUARANÁ *et al.*, 2019).

Na presente pesquisa os enfermeiros depoentes elucidaram que a Prescrição de Enfermagem deve ser diária e a inserção de escalas de predição complementa sua função.

Em um estudo onde foram avaliadas as Prescrições de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva verificou-se que a elaboração era adequada (acima de 90% de positividade), porém, a qualidade das prescrições era insatisfatória, não atingiu 80% de completude. A checagem das prescrições nesse mesmo estudo foi considerada sofrível (inferior a 70% de positividade) e insatisfatória, o que reflete negativamente nas ações estratégicas de enfermagem e nas tomadas de decisão do enfermeiro (FIORIN *et al.*, 2018).

Outro estudo em que foi abordada a conformidade das Prescrições de Enfermagem às necessidades de cuidados sob o olhar do enfermeiro, foi constatado que não há conformidade. Foi proposta a inserção em programas de qualificação e a utilização de instrumentos sistematizados de auxílio para atender as reais necessidades dos pacientes ou aquelas que possam surgir (FAEDA; PERROCA, 2017).

Outra questão fundamental é a importância da Avaliação da Assistência de Enfermagem, o que foi referido pelos enfermeiros do presente estudo, os quais apontaram como rotina diária, em todos os turnos, com o auxílio de instrumentos sistematizados para identificar possíveis riscos e atender as necessidades individuais, durante todo o período de internação.

Uma das funções do enfermeiro é supervisionar o serviço da equipe de enfermagem e no que concerne ao gerenciamento de riscos, estudo sugeriu a supervisão por riscos, tendo em vista, o número reduzido desse profissional e as evidências científicas. A supervisão por riscos compreende a avaliação da gestão mediante os riscos identificados. Espera-se que os supervisores forneçam informações acerca dos riscos encontrados, auxiliem os gestores de riscos, zele pelos recursos pessoais e institucionais, tendo em vista a cultura de segurança e a qualidade da assistência (MILOS; LARRAÍN, 2015).

Estudo mostrou que na prática do enfermeiro responsável pela gestão de riscos, a supervisão, o acompanhamento dos registros, a avaliação e a investigação para levantar as falhas, que resultaram em evento adverso, foram consideradas as melhores práticas para gerenciar riscos, pois possibilitam rever as ações para traçar novas estratégias de atuação e garantir a segurança do paciente (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

Na presente investigação foi apontada a importância do trabalho em equipe para o levantamento de riscos e do *feedback* do enfermeiro para ela nas questões assistenciais, tendo em vista o aprimoramento da assistência. Ressaltou-se que o treinamento se faz fundamental para a implementação dos protocolos assistenciais.

O enfermeiro e sua equipe atuam juntos com o mesmo intuito, o de cuidar do paciente. Nessa circunstância, o enfermeiro, por meio do desenvolvimento de suas competências, favorece o estabelecimento de características na equipe; como o compromisso, a responsabilidade, a adesão e a solidariedade. Além disso, a comunicação efetiva propicia a transversalidade dos valores humanos, garantia de assistência humanizada e mais segura, livre de riscos. (MILOS; LARRAÍN, 2015).

Sob a ótica dos enfermeiros gestores, os treinamentos *in loco* e as orientações sobre os registros de eventos adversos, para a equipe de enfermagem, são de fundamental importância para melhoria dos processos assistenciais. É uma prática que fortalece a participação da equipe no gerenciamento de riscos. O registro de eventos adversos facilita no planejamento de ações de prevenção o que reflete na melhoria do cuidado de enfermagem e consequentemente na qualidade assistencial (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

A Educação Permanente em Saúde ainda é uma dificuldade encontrada nas instituições. O principal fator é a falta de tempo dos profissionais para participarem de estratégias educativas. Ressalta-se a necessidade de inserir na carga horária de trabalho as horas de participação em treinamentos para que se faça possível para todos (SILVA *et al.*, 2021c).

No que concerne à equipe de enfermagem no ambiente hospitalar, um estudo realizado no setor de emergência evidenciou ações articuladas no processo de trabalho, quando a assistência foi prestada de forma comprometida ao paciente crítico, com ações simultâneas, de forma coordenada, almejando o melhor resultado. Complementa-se também que a equipe é unida, embora tenha momentos de conflitos, tendo em vista a complexidade do relacionamento humano. Problemas relacionados à estrutura física e aos equipamentos também interferem na qualidade da assistência e no relacionamento (AMARAL *et al.*, 2017).

Estudo realizado com a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico apresenta dois tipos de sentimentos satisfação/prazer e sofrimento. A satisfação estava relacionada ao bom relacionamento, ao aprimoramento do conhecimento e ao fato de estar trabalhando. O sofrimento foi evidenciado por sintomas físicos, psicológicos e sociais. Sugeriu-se que os gestores hospitalares se posicionassem no sentido de oferecer melhores condições de trabalho almejando a promoção da saúde do trabalhador (TOSTES *et al.*, 2017).

Neste estudo evidenciou-se ainda que o enfermeiro líder se faz muito importante na equipe de enfermagem, tendo em vista seu papel de apoiador e supervisor das ações, o que reflete na qualidade da assistência e sua postura é essencial para a concretude de seu papel.

Estudo identificou que dentre as melhores práticas do enfermeiro líder frente ao gerenciamento de riscos, estão a valorização profissional, destacando a relevância do conhecimento científico e o comportamento profissional que reflete positivamente, como espelho, no desempenho da equipe (FUSARI *et al.*, 2021).

O enfermeiro líder é de fundamental importância para promover uma comunicação efetiva, para promover a execução de uma prática baseada em evidências e valorizar a experiência e a dedicação de cada um, além de favorecer melhoria de recursos para oferecer uma assistência de qualidade e garantir que o gerenciamento de riscos seja eficaz e eficiente (FUSARI *et al.*, 2021).

Um estudo realizado no oeste catarinense brasileiro constatou que o estilo de liderança não está relacionado ao tipo de função que o enfermeiro executa na instituição como coordenador, treinee ou assistencial. O estilo que predominou no campo estudado foi o “persuadir”, em que a equipe precisa de capacitação para desempenhar suas funções. Porém, o enfermeiro exerce alta carga horária de trabalho, o que é desfavorável ao seu desempenho profissional refletindo em assistência insegura e de baixa qualidade (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A liderança é um instrumento importantíssimo na atuação do enfermeiro, seja no relacionamento com a equipe e a instituição, na organização do serviço, na tomada de decisão

ou como característica de perfil do profissional. A comunicação também é um instrumento muito utilizado pelo enfermeiro, pois propicia a interação de todos os envolvidos. Ambos diretamente relacionados no gerenciamento do cuidado (TREVISIO *et al.*, 2017).

7.2.1.3 Mapa de Gerenciamento de Riscos

O Mapa de risco é um instrumento utilizado para informar sobre os riscos existentes por setor de trabalho a todos os envolvidos, assim como possibilita avaliação dos mesmos acerca de sua gravidade (SAMARTÍN-UCHA *et al.*, 2019).

Um estudo que objetivou classificar as unidades hospitalares em três níveis de risco para estabelecer ações de melhoria, assim como elencar as mais urgentes em relação a medicamentos de alta vigilância, por meio do Mapa de Risco, concluiu que as unidades de maior risco foram as Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Reanimação e de Cuidados Paliativos. Utilizaram como critérios o número de medicamentos de alta vigilância, a rotatividade de pessoal, a frequência da utilização desses medicamentos e a gravidade da droga. As ações de melhoria foram cartazes informativos, identificação visual, alertas, dupla checagem e treinamentos (SAMARTÍN-UCHA *et al.*, 2019).

Outro estudo em que foi realizado o mapeamento de riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino concluiu que flebite, quedas, broncoaspiração e lesão por pressão foram os que obtiveram maior porcentagem. A identificação dos riscos é de fundamental importância para que as intervenções sejam realizadas a fim de oferecer uma assistência de qualidade com vistas à segurança do paciente (BRANDÃO; BRITO; BARROS, 2018).

No que tange ao gerenciamento de riscos, na presente pesquisa, foi ressaltado sobre a importância da Revisão Diária.

Perante as condições de trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar, a avaliação diária da clínica do paciente ainda é um problema a ser resolvido. Diante das inúmeras atribuições do mesmo, as etapas do processo de enfermagem não se concretizam em sua totalidade, o que pode acarretar em ações sem respaldo científico (PONTES *et al.*, 2019).

Um estudo propôs a tecnologia educacional como instrumento aliado à inspeção e avaliação da superfície externa do corpo que faz parte do exame físico do paciente como

suporte para o sucesso da fase inicial do Processo de Enfermagem, que deve ser realizada diariamente pelo enfermeiro (PONTES *et al.*, 2019).

Para o Acompanhamento Mensal, esse estudo trouxe a necessidade de uma ferramenta para elencar os riscos de maior proporção e os que precisam de intervenção, além disso, os indicadores utilizados de parâmetros para avaliar a assistência.

Para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem faz-se necessário o uso de parâmetros como forma de gerar reflexões no modo de atuar durante o cuidado prestado. Foram levantados alguns indicadores que permitem mensurar a qualidade da assistência como a incidência de flebites, incidência de quedas e incidência de lesão por pressão. Esses indicadores se fazem importantes para traçar ações estratégicas a fim de evitar ou prevenir tais eventos, assim como levantar os fatores que contribuem para o cuidado sem qualidade e inseguro (PINTO; FERREIRA, 2017).

A taxa de suspensão cirúrgica também é um indicador de qualidade da assistência e serve como parâmetro para reavaliação do processo de oferta do serviço pela instituição assim como processo assistencial dos profissionais. A alta taxa evidenciada no estudo em hospital no Rio de Janeiro está relacionada à alteração no quadro clínico do paciente, discrepância entre demanda e oferta de serviços operatórios e a ausência do mesmo (GONÇALVES *et al.*, 2020).

Estudo envolvendo hospitais acreditados concluiu que o nível de certificação não está relacionado à positividade dos indicadores assistenciais, mas sim à cultura de segurança mais estabelecida. O erro de medicação foi o indicador mais incidente. Sendo assim, os indicadores são ferramentas fundamentais para auxiliar na qualidade assistencial e na segurança do paciente (BRAGA; PENA; MELLEIRO, 2018).

Indicadores relacionados à qualidade do serviço de educação permanente contribuem para avaliação da prática profissional por meio de dados comparativos do antes e depois dos treinamentos. É possível identificar as falhas, onde pode ser melhorado e também os pontos que devem ser exaltados pelo bom funcionamento (BITENCOURT *et al.*, 2021).

Ainda dentro da abordagem do Acompanhamento Mensal foi mencionado no presente estudo que a notificação de eventos adversos e das não conformidades é um importante instrumento de apoio à gestão dos riscos. É realizada no sistema, sem omissão e sem identificação do notificador. As notificações impressas obedeciam a um fluxo e os envolvidos recebiam treinamentos. Apontaram, também, sobre os lançamentos no Notivisa, sobre a planilha mensal dos eventos e sobre a importância do envolvimento de todos os setores.

No que tange à notificação de incidentes, estudo apresentou uma taxa de aproximadamente 48% que causaram danos aos pacientes. Os incidentes mais notificados foram as flebites seguidos das cirurgias e das quedas. Ocorreram também três óbitos como consequência dos danos no período estudado. Sendo assim, as notificações são de fundamental importância para conhecer os incidentes, suas características e sua magnitude, para subsidiar intervenções que favoreçam a segurança do paciente e a qualidade da assistência (SILVA *et al.*, 2021b).

Outro estudo que abordou erros de medicação apontou que a notificação permite identificar as falhas e os fatores associados. O treinamento, o caráter formativo e não punitivo e o *feedback* à equipe de que os resultados negativos se devem às falhas no sistema, são estratégias que podem intensificar as ações de notificação de eventos adversos (CÁRCAMO; TOURINHO; ALVES, 2020).

Contrapondo ao estudo anterior, uma análise das notificações realizadas em um hospital privado concluiu que os eventos ocorreram por falhas humanas, pelo descuido e omissão dos profissionais. Ressaltou-se que os eventos devem ser bem relatados e todos os campos preenchidos para melhor mapeamento dos erros facilitando assim o planejamento de ações para corrigir as falhas (LIMA NETO *et al.*, 2019).

Os aspectos positivos que trazem a notificação são o apoio do Núcleo de Segurança do Paciente, que é a referência para a assistência segura; o *feedback* das notificações que permite identificar os erros e traçar estratégias de prevenção dos riscos e o reconhecimento da importância das notificações para a saúde (MASCARENHAS *et al.*, 2019).

A presente pesquisa trouxe que por meio das notificações é realizada a classificação dos eventos adversos e que o método de investigação utilizado foi a análise de causa raiz sendo o Diagrama de Ishikawa (ou espinha-de-peixe), a ferramenta de apoio.

Diferente do encontrado, outro estudo realizado em um complexo hospitalar universitário não identificou nenhum método de classificação de incidentes. Ressalta-se sobre a importância de classificar os eventos, pois auxilia na tomada de decisão, tendo em vista a melhoria dos processos. Também foi evidenciado que os enfermeiros foram os profissionais que mais notificaram, porém, sabe-se que a responsabilidade não está atribuída somente à esta categoria, mas à todas que prestam assistência à saúde (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

A subnotificação também foi destacada no presente estudo como consequência do medo da punição, da falta de conhecimento e da dificuldade de usar o computador e o sistema

de notificação. Destacou-se que as subnotificações estão mais relacionadas aos erros de medicação. As estratégias encontradas para promover o aumento de notificação foram garantir o anonimato, realizar treinamentos e permitir a utilização de impressos para realizar a notificação.

Corroborar-se com o encontrado, o estudo em que também elencou os aspectos dificultadores para o processo de notificação dos eventos adversos em saúde como o medo da punição, a falta de conhecimento e de compromisso do profissional, a sobrecarga de trabalho e a não adesão ao preenchimento da ficha, que acarreta em subnotificação (MASCARENHAS *et al.*, 2019).

Estudo desvela que uma cultura organizacional enraizada em sistema punitivo, herança da gestão anterior frente aos erros e falhas na unidade cirúrgica, dificulta a implantação da cultura de segurança pleiteada pela atual gestão. Considera-se a necessidade de promover ações que possam provocar mudanças no comportamento, nas crenças e nos valores dos envolvidos (BATISTA *et al.*, 2020).

Em relação ao Plano Anual para o gerenciamento de riscos, na presente investigação foi apontado a matriz de risco como base para a elaboração. Também foi mencionado que o Plano é construído conforme as urgências ocorridas, o que contrapõe a funcionalidade do mesmo, pois o planejamento para o ano baseia-se nos problemas já ocorridos e não no que ocorre inesperadamente.

Em virtude do novo cenário pandêmico que ocorre nos dias de hoje, foi destacado a importância da construção de uma Planilha COVID, tanto para contemplar os riscos como para planejar o uso de EPI's e insumos. Foi desvelada pelos depoentes a falta de materiais imprescindíveis para a proteção dos funcionários e dos próprios pacientes.

Estudo demonstrou que no próprio Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, continha falhas no que diz respeito ao gerenciamento de riscos. Foi detectado que os processos gerenciais apresentavam fragilidades, necessitando de uma melhor gestão tanto no número de pessoas, quanto de materiais, para que as situações de risco pudessem ser melhor enfrentadas (NASSAR *et al.*, 2020).

Mediante à pandemia, profissionais de saúde e gestores se uniram embasados em evidências científicas e regulamentações para realizar improvisos e atender pacientes acometidos pela COVID-19. Os enfermeiros se fizeram presentes em todos os momentos, seja como membros de comitês, na gestão de pessoas ou no cuidado direto (BITENCOURT, 2020).

O presente estudo trouxe que a elaboração de um Plano de Ação e Prevenção é de suma importância, pois evita que um determinado risco ocorra novamente, além de possibilitar a revisão dos protocolos. Elucidaram também que deve ser aplicável e que o Núcleo de Segurança do Paciente é um apoio na sua construção.

No que concerne à Legislação, na presente pesquisa foi abordada a RDC 36, a obrigatoriedade do uso de máscaras e a judicialização.

Um estudo que objetivou conhecer a situação dos hospitais de referência em Mato Grosso do Sul quanto à implantação/implementação da Política de Segurança do Paciente, concluiu que apenas as instituições de legislações não garantem que o paciente será atendido com efetiva segurança. Evidenciou-se a falta de protocolos para o desempenho dos processos assistenciais, falta de constituição de equipes e treinamento ineficaz que não possibilitou mudanças nas práticas assistenciais constatado por fragilidades encontradas (SERRA; BARBIERE; CHEADE, 2016).

A Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que trata sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras para proteção individual em locais públicos recebeu alguns ajustes na LEI Nº 14.019, de 2 de julho de 2020 (BRASIL, 2020). Estudo concluiu que o uso de máscara para proteção de si foi maior que para a proteção do outro e em estabelecimentos de saúde, porém só traz eficácia se em conjunto com outras medidas preventivas contra a COVID-19 (PEREIRA – ÁVILA *et al.*, 2021). Reafirma-se então, que só as Legislações não bastam para que as pessoas respeitem as determinações, sendo necessária também a conscientização.

7.2.2 Inovação Tecnológica

A Inovação Tecnológica é essencial para o desenvolvimento, não somente no campo da saúde, mas em todo o país. Entretanto, a introdução de tecnologias na prestação de cuidados, deve respeitar os aspectos éticos no que concerne os direitos de todos os envolvidos (BALBINO *et al.*, 2020).

7.2.2.1 Tecnologias

O uso de tecnologias no ambiente hospitalar está cada vez mais abrangente devido a sua boa aceitação quando relacionada a segurança do paciente para diminuir danos consequentes de incidentes provocados durante a prestação de cuidados. Porém, as tecnologias podem ser responsáveis por outros tipos de erros (MICHALEK; CARSON, 2020).

Foi desvelado pelos participantes que o Uso de Código de Barras se faz muito importante para identificar pacientes visualmente por meio de pulseiras e para a dispensação dos medicamentos da farmácia.

A incorporação da tecnologia na identificação do paciente e na administração de medicamentos com o Uso de Código de Barras ajuda a identificar e impedir erros antes que aconteçam, porém pode ser a desencadeadora de outros que podem causar danos aos pacientes. Sendo assim, faz-se necessário buscar um *feedback* da equipe, a fim de sanar qualquer dificuldade encontrada e para que os problemas possam ser resolvidos. Os gestores também devem implantar e implementar a tecnologia de forma segura e monitorar o seu funcionamento (MICHALEK; CARSON, 2020).

Estudo realizado em uma Central de Material e Esterilização demonstrou que um processo de rastreabilidade automatizada por meio de código de barras trouxe benefícios ao setor. É um processo longo, de custo elevado, que exige monitoramento constante, porém permitiu a padronização dos processos, qualidade do serviço e gestão eficaz (MARTINS; RIBEIRO, 2017).

Na literatura, percebe-se a abrangência da tecnologia na área da saúde, porém na realidade dos participantes deste estudo, é notável uma lentidão no processo e que não percorre em toda extensão do atendimento a exemplo da identificação por código de barras.

No que se refere a Prontuário Eletrônico, os enfermeiros elucidaram que por meio dos computadores houve avanço tecnológico, sendo muito positivo, pois facilita nas auditorias e no trabalho com indicadores e que os alertas gerados travam as prescrições medicamentosas. Foi mencionado também que contribui para o gerenciamento de riscos, porque é mais rápido e favorece nos treinamentos por ser mais atrativo.

A auditoria de prontuários consiste na análise criteriosa de todo o processo assistencial do paciente em estabelecimentos de saúde. Importante instrumento relacionado à qualidade da assistência. O processo de auditoria continuada associada ao prontuário eletrônico permite um

avanço na detecção de falhas passíveis de correção, que impacta na melhoria da prática assistencial (CASURIAGA *et al.*, 2018).

No entanto, a literatura encontrada ultrapassa a realidade relatada pelos enfermeiros deste estudo. A Tecnologia da Informação favorece o acompanhamento da clínica do paciente, assim como, dos aspectos socioeconômicos. E, quando associada à Tecnologia da Comunicação, permite o envolvimento e o compromisso de todos os envolvidos, a liderança clínica dos processos de saúde, o monitoramento dos custos, a melhoria das práticas assistenciais, a gestão organizacional e as equipes treinadas. Nesse contexto, implica-se em melhoria da qualidade assistencial (SALOMI; MACIEL, 2016).

Acrescenta-se também que a Tecnologia de Informação e Comunicação favorece os trabalhos com indicadores nos hospitais, tanto para avaliar a qualidade da assistência quanto para levantar os gastos com o tratamento, assim como para auxiliar a gestão financeira do estabelecimento de saúde (SALOMI; MACIEL, 2016).

Na literatura internacional encontram-se situações descritas referentes à segurança do paciente nos hospitais causados pela informatização. Na Finlândia, os incidentes relacionados à Tecnologia de Informação em Saúde são notificados tanto quanto os que ocorrem com o paciente a beira-leito, visto que se trata de ambiente hospitalar totalmente digital. Estudo demonstrou que a interação humano-computador é a responsável pela maior porcentagem de incidentes. Os Registros Eletrônicos de Saúde oferecem riscos à segurança do paciente se não forem devidamente gerenciados (PALOJOKI *et al.*, 2017).

Estudo realizado com médicos intensivistas no Brasil identificou que o sistema de Prontuário Eletrônico é amplamente utilizado por eles. Embora tenham apresentado grau elevado de satisfação com o sistema, ainda há o que melhorar no processo de trabalho dos profissionais e conseqüentemente atender melhor às necessidades dos pacientes (COLLETI JUNIOR; ANDRADE; CARVALHO, 2018).

Reforça-se que, no Brasil, as dificuldades na implementação do Prontuário Eletrônico nas instituições de saúde ainda é um desafio a ser vencido. Estudo de revisão sobre Prontuário Eletrônico do paciente encontrou resistência à sua utilização pelos profissionais, devido à dificuldade no manuseio por falta de capacitação. Em instituições onde o uso era obrigatório, observou-se uma subutilização do sistema, servindo apenas como local de armazenamento de dados do paciente. Essa resistência deve ser melhor trabalhada tendo em vista as mudanças nas práticas dos processos de produção de saúde associadas ao prontuário eletrônico (TOLEDO *et al.*, 2021).

Em contraponto, estudo realizado com a equipe de enfermagem em estado brasileiro desvelou que pequena porcentagem de participantes encontrou dificuldade no acesso e manuseio do Prontuário Eletrônico do paciente. Os maiores problemas encontrados foram a queda da rede de internet ou quando o sistema fica inoperante, mas no geral foram favoráveis ao sistema (BARROS *et al.*, 2020).

Complementa-se que o Prontuário Eletrônico pode ser um meio que permite o compartilhamento de experiências entre os profissionais, comunidade científica e os próprios usuários. Os aplicativos também podem contribuir para facilitar o acesso dos pacientes aos seus dados e um incentivo para a troca de saberes (TOLEDO *et al.*, 2021).

Na literatura internacional, estudo realizado com enfermeiros de hospitais nos EUA verificou que os Registros Eletrônicos de Saúde estão associados à redução dos gastos, a eficiência do serviço e a segurança do paciente. A implementação de um sistema com recursos mais avançados implica em maior satisfação dos enfermeiros e no cuidado qualificado e seguro (KUTNEY-LEE *et al.*, 2019).

Estudo de revisão que incluiu 27 países identificou ocorrência de eventos adversos intra-hospitalares, sendo a metade evitáveis, porém foi encontrado dificuldades devido às variações metodológicas das pesquisas retrospectivas e considerou que com os registros eletrônicos de saúde, esse problema seja resolvido, assim como os vieses relacionados, além de permitir informações claras sobre o ocorrido (SCHWENDIMANN *et al.*, 2018).

7.2.3.Limites e Possibilidades

7.2.3.1 Facilidades

No que se refere às facilidades, os enfermeiros depoentes apontaram que no hospital privado, a Implantação e Implementação dos Protocolos, acontece sem grandes esforços, devido a melhor adesão dos médicos, por ser hospital pequeno e com número pequeno de profissionais. Citaram também que o processo de integração do funcionário, a capacitação por meio da tecnologia e a subdivisão do Núcleo de Segurança do Paciente em times também são facilitadores no processo de gerenciamento de riscos.

As instituições públicas e privadas de saúde não se assemelham em termos de ambiente de trabalho. Nas instituições públicas as regulamentações e treinamentos governamentais são mais efetivos, porém a sobrecarga de trabalho é maior devido à superlotação de leitos. Nos estabelecimentos de saúde privado além de trabalhar com um número menor de usuários, o salário é mais atraente (BRUNETTO *et al.*, 2018).

Na vivência, percebe-se que o processo de integração do profissional permite sua aproximação à missão, visão e valores da instituição. Possibilita também a diminuição de riscos frente à assistência direta ao paciente por meio da participação em treinamentos e aproximação prévia dos protocolos instituídos.

A capacitação por meio da tecnologia é uma facilidade no aprimoramento do conhecimento, pois permite a adesão dos profissionais mesmo à distância, conforme sua disponibilidade de horário e utilizando alguns recursos torna-se mais atrativo, o que incentiva maior participação em treinamentos. Salienta-se que os treinamentos e a capacitação são estratégias muito eficazes no gerenciamento de riscos, pois possibilita a padronização do processo assistencial.

A experiência mostra que a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) perpassa por algumas dificuldades pelas várias ações estratégicas propostas na legislação. O presente estudo trouxe a facilidade de realizar uma divisão de responsabilidades atribuídas a essa comissão por meio de times específicos conforme os Protocolos de Segurança do Paciente.

Foi elucidado também que o Controle Preventivo dos Equipamentos é um processo facilitador no gerenciamento de riscos.

O Controle Preventivo dos Equipamentos é uma manutenção programada, em períodos regulares de tempo, conforme sugerido pelo fabricante, a fim de detectar possíveis problemas que possam afetar seu bom funcionamento e assim manter suas especificações técnicas conforme projetado (BRASIL, 2016).

A área de manutenção tem chamado a atenção dos gestores hospitalares, pois uma manutenção ineficaz pode gerar problemas dentro dos estabelecimentos de saúde. A gestão da manutenção dos equipamentos hospitalares se faz fundamental para promover qualidade no processo assistencial (GERÔNIMO; LEITE; OLIVEIRA, 2017).

Emergiu também dos enfermeiros depoentes que as Redes de Apoio facilitam a gestão de riscos no ambiente hospitalar. Como exemplo citaram a Rebraensp, grupo de estudos vinculados à faculdade, inserção de disciplina com foco na Segurança do Paciente durante a

formação e maior disponibilidade de profissional para avaliação pré-anestésica para a rede privada.

Estreitar o laço entre instituições de saúde e instituições de ensino pode trazer benefícios para ambas e principalmente para o paciente. Às instituições de ensino por proporcionar aos acadêmicos a oportunidade de vivenciar a prática do cuidado, às instituições de saúde por possibilitar uma assistência embasada em conhecimentos científicos atualizados e ao paciente por receber uma assistência de qualidade, livre de danos (SILVA *et al.*, 2021c).

Acrescentaram os depoentes sobre um Fluxograma simples/ *Checklist* aplicável como facilitador no gerenciamento de riscos.

Na vivência, o fluxograma é reconhecido como um instrumento facilitador no direcionamento de ações frente a um problema identificado, principalmente mediante a situações pouco vivenciadas.

O *checklist*, na visão de enfermeiros, permite a comunicação entre a equipe, a diminuição de possíveis erros, além de sua participação mais efetiva no cuidado assistencial. É instrumento de apoio para a segurança da equipe e principalmente do paciente, quando mais informações são adquiridas acerca de sua identidade e de todo o processo que será inserido (GOMES *et al.*, 2016).

7.2.3.2 Dificuldades

No que concerne às dificuldades no gerenciamento de riscos foi falado sobre as Falhas na Higienização correta das Mãos pela equipe.

Um estudo concluiu que a Higienização das Mãos para evitar infecções relacionadas ao cateter venoso central ainda está aquém do ideal de boas práticas na Unidade de Terapia Intensiva. Apesar de ter *bundles*, conjunto de medidas baseadas em evidências científicas, o procedimento não apresentou efetividade (LUCAS *et al.*, 2018).

Elucidaram dificuldades em relação ao Mapa de Risco que com o tempo passa a ser apenas uma decoração, deixando sua funcionalidade de lado. Falaram ainda da dificuldade de gerenciar todos os riscos pelo fato do enfermeiro ter que exercer mais de uma função. Ressaltou-se ainda, que a pandemia trouxe mais riscos, o que dificultou o processo de gerenciamento de riscos.

O Mapa de Riscos Assistenciais apresenta o risco, o fator desencadeador, a consequência, assim como as propostas de intervenção e correção. Essa Matriz é elaborada pelo gestor, exposta em todos os setores assistenciais e atualizada em intervalos regulares de tempo ou na presença de um novo risco (PRATES *et al.*, 2019).

Os enfermeiros possuem várias atribuições no ambiente hospitalar. Conforme a complexidade do atendimento assistencial, horas de trabalho são emanadas de sua carga horária e ainda assim lhe resta o processo gerencial que possibilita a organização de todo o processo de trabalho de enfermagem, assim como o gerenciamento de riscos, que propicia ações para prevenir ou mitigar riscos ao paciente.

Na vivência observou-se que a pandemia, causada pelo novo coronavírus, trouxe mais riscos devido a não adequação dos hospitais para o enfrentamento dessa situação, por falta de estrutura física, insumos, equipamentos e de recursos humanos. A indústria farmacêutica apresentou preços exorbitantes de produtos necessários à assistência tanto para os pacientes quanto para os profissionais, o que contribuiu consideravelmente para a dificuldade de gerir recursos financeiros.

Os Protocolos Complexos e Extensos também dificultam o trabalho dos enfermeiros no gerenciamento de riscos.

Foi também exposto pelos enfermeiros depoentes que a Resistência às Mudanças frente aos protocolos de segurança do paciente pela equipe médica e pela própria equipe também é um ponto dificultador. Essa dificuldade está atrelada ao tamanho da instituição, ao número de profissionais e ao tempo de serviço dos funcionários.

Estudo reflete resistência e banalidade da equipe médica mediante ao cumprimento do *checklist* em uma Unidade Cirúrgica, constatado por risadas e falta de paciência. Ficou evidenciado também que a maior fragilidade na execução de um procedimento cirúrgico está na própria equipe por resistir a mudanças nas práticas assistenciais (GOMES; SANTOS; TREVISO, 2016).

Foi encontrado dificuldade também na Implantação de Protocolos nas unidades de internação comparado com a Unidade de Terapia Intensiva. Foi relatado ainda, que na Unidade Neonatal não foi implantado a avaliação de riscos pelo fato da mãe estar inserida no processo.

No que concerne à segurança do paciente, um estudo identificou que no setor materno-infantil o *feedback* a respeito de erros, o aprendizado, o suporte da gestão, o número de

notificações são aspectos que se destacam em comparação aos dos setores de clínica médica e cirúrgica em um hospital de ensino (FASSARELLA *et al.*, 2019).

Foi mencionado que a equipe de enfermagem apresenta resistência ao Protocolo de Medicamentos Controlados no setor de Urgência e Emergência em virtude do uso imediato.

Corroborando com o encontrado, um estudo identificou fragilidades nas práticas assistenciais em Unidades de Pronto Atendimento por falta de adesão aos protocolos nacionais de segurança do paciente. Observou-se que a implantação de ações simples, essenciais e conforme a realidade local poderia favorecer a diminuição dos riscos, que podem levar a eventos adversos, e assim contribuir para a segurança do paciente e qualidade da assistência (PAIXÃO *et al.*, 2018).

A dificuldade de Implantação e Implementação de Protocolos foi atribuída à falta de envolvimento da equipe, treinamentos ineficazes e à dificuldade na comunicação.

A falta de adesão da equipe aos Protocolos de Segurança do Paciente está diretamente relacionada à inexistência de uma cultura de segurança organizacional, o que desfavorece a tentativa de implantação e implementação de melhorias relacionadas ao cuidado seguro e à qualidade assistencial (REIS *et al.*, 2019).

O número reduzido de profissionais e a sobrecarga de trabalho principalmente em hospitais de pequeno porte remetem à dificuldade de Implantação e Implementação de Protocolos.

Ratifica a presente investigação, um estudo que evidencia dificuldades encontradas em hospitais de pequeno porte como a sobrecarga de trabalho, falta de impressos padronizados e sistematizados para anotações de enfermagem, falta de engajamento da equipe, falta de apoio de gestores e da própria instituição, fatores que impedem a melhoria da assistência de enfermagem (BARRETO *et al.*, 2020).

Corroborar-se com o encontrado, estudo com enfermeiros gestores, que abordam que o subdimensionamento de profissionais impacta negativamente na implantação de Protocolos de Segurança do Paciente, que desfavorece promover um cuidado seguro e uma assistência de qualidade (REIS *et al.*, 2019).

Foi apontado o problema da falta de insumos relacionado a hospital público, e também as características do setor (Urgência e Emergência), onde algumas situações fogem das regras dos Protocolos.

Consolidando com o encontrado, um estudo que objetivou analisar as condições de trabalho da equipe de enfermagem em hospital público identificou, por meio dos

depoimentos, precariedade, insatisfação e inadequação. Um dos fatores associados foi a falta de insumos, o que gera riscos aos pacientes, por não dispor de condições adequadas para uma assistência segura e de qualidade (SANTOS *et al.*, 2020).

Observa-se que as regulamentações são iniciativas de órgãos governamentais para melhorar o processo assistencial a fim de evitar ou diminuir riscos ao paciente. No entanto, as maiores dificuldades são encontradas em hospitais públicos, instituições governamentais.

Ressaltou-se ainda a falta de apoio das lideranças da alta gestão como dificuldade no gerenciamento de riscos.

Corroborar-se com o encontrado, um estudo que objetivou compreender as dificuldades para implantação de estratégias de segurança do paciente no ambiente hospitalar na perspectiva de enfermeiros gestores, que identificou a falta de apoio da alta gestão, o que dificulta a prestação de uma assistência de qualidade e livre de danos (REIS *et al.*, 2019).

A rotatividade de pessoal também compromete o sucesso da Implantação e Implementação dos Protocolos.

Estudo realizado na Indonésia com gerentes de hospitais privados identificou que a rotatividade de enfermeiros impacta negativamente nos custos, assim como nos processos assistenciais e gerenciais. Dentre os fatores estão as razões pessoais, propostas em outras instituições e condições de trabalho (DEWANTO; WARDHAN, 2018).

A falta de compromisso de alguns funcionários também é um fator dificultador que reflete na segurança do paciente.

A falta de disciplinas que abordem a segurança do paciente e o gerenciamento de riscos durante a formação, também é um problema na visão dos depoentes.

Estudo que objetivou investigar conteúdos relacionados à segurança do paciente contemplados nos currículos de cursos de graduação em Enfermagem de duas instituições de ensino superior brasileiras desvelou que o tema ainda precisa ser mais aprofundado no conteúdo teórico, assim como foi evidenciado a necessidade de relacionar a prática no cotidiano (BIM *et al.*, 2017).

A dificuldade na comunicação entre equipes de especialistas ainda é problema dentro do programa de gerenciamento de riscos.

Estudo aponta estratégias que favorecem a comunicação efetiva entre profissionais, como o reconhecimento de comportamento destrutivo para que possa ser gerenciado; reuniões com toda equipe para promover diálogo; avaliação de desempenho e *feedback* em períodos

regulares e uma liderança apoiadora no sentido de suporte à equipe e no estabelecimento de respeito mútuo (MOREIRA *et al.*, 2019).

O Custo alto para Aquisição e Manutenção Preventiva dos Equipamentos também foi citado como fator dificultador.

Um programa de manutenção de equipamentos médico-assistenciais envolve custos, porém pode diminuir os riscos, além de impactar na qualidade da assistência à saúde dos pacientes. Dessa forma, faz-se fundamental pensar no tipo de tecnologia que envolve o equipamento, assim como na sua vida útil para planejar sua aquisição (BRASIL, 2016)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que o estudo obedeceu às recomendações do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ).

Trata-se de uma pesquisa que perpassa por seis etapas o que converge para responder ao objetivo proposto, com vistas a dialética das vivências dos enfermeiros do cenário empírico com a literatura encontrada, face as melhores evidências científicas.

Tomando-se a caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros depoentes percebeu-se que 75% são do sexo feminino, o que já era esperado tendo em vista o perfil da área da enfermagem, composto em sua maioria por mulheres.

A idade, o tempo de formado e o tempo de cargo, podem ter contribuído para a riqueza das informações. Acredita-se que a maturidade pessoal e profissional associada à experiência do dia a dia contribui e muito para a tomada de decisão mais assertiva.

Percebeu-se também que os profissionais estão em constante procura por atualizações. O aprimoramento do conhecimento seja por meio do *lato sensu* ou *stricto sensu* são valiosíssimos para edificação do profissional. Considera-se o atual momento muito propício a adquirir mais conhecimento, pois a tecnologia permite a aproximação do interessado às instituições de ensino, não sendo mais a distância um impedimento para o crescimento profissional. Sabe-se que as complementações do ensino superior por meio de cursos, especialização ou pós-graduação não só implica na melhoria das práticas assistenciais como pode proporcionar maior estabilidade no vínculo empregatício.

Pela presente pesquisa observou-se que a qualidade da assistência e a segurança do paciente estão atrelados a vários fatores e ao envolvimento de vários setores. Evidenciou-se que apenas 25% atuam exclusivamente no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Os demais desempenham também outras funções. Sabe-se que por meio da Portaria 529/2013 tornou-se obrigatório a instituição do NSP e uma das funções desse Núcleo é realizar o gerenciamento de riscos dentro dos estabelecimentos de saúde, mas as instituições não oferecem condições para a concretização das ações impostas pelas legislações.

Na vivência, em hospital de pequeno porte, o enfermeiro participa das comissões e comitês e também obedece às escalas de plantão. Contam apenas com a sorte de plantões tranquilos para efetuar tarefas relacionadas às exigências normativas. E a alta gestão, quando abordada sobre a dificuldade de conciliar todas as atribuições do enfermeiro para atender às

solicitações da Vigilância Sanitária, justifica com o subfinanciamento do SUS a não contratação de mais profissionais.

No que concerne às Vivências do Enfermeiro em relação à Qualidade da Assistência em Hospitais com Base no Gerenciamento de Riscos, identificou-se que os Processos Assistenciais são de fundamental importância, pois se fazem de ponte entre os profissionais e os pacientes. Se realizados embasados em conhecimentos científicos atualizados, padronizados, sistematizados e com uma comunicação efetiva intersetorial e interprofissional irão refletir no cuidado qualificado e livre de danos, sendo assim os protocolos se fazem necessários.

Os Protocolos de Segurança do Paciente são instrumentos que norteiam os profissionais na prestação de uma assistência de qualidade e segura.

No que se refere ao Protocolo de Higienização das Mãos, percebe-se uma dificuldade na sua implementação pela dificuldade na adesão de todos os profissionais da saúde. É uma ação de baixíssimo custo, muito eficaz no controle de infecção e que pode ser compreendida por qualquer pessoa envolvida no processo. A literatura e a presente pesquisa se complementam quando mencionam que a conscientização dos profissionais, uma boa estrutura física e a disponibilidade dos insumos são meios que favorecem a mudança de comportamento no que diz respeito à melhoria das práticas assistenciais.

No que remete ao Protocolo de Cirurgia Segura, os achados deste estudo também estão presentes na literatura quando apontam que o *checklist* é uma ferramenta de grande importância na prevenção e redução dos riscos durante o procedimento cirúrgico, porém, a equipe cirúrgica não apresentou boa adesão ao instrumento. Em ambos, foi apontado também maior dificuldade no preenchimento para pacientes graves.

Essa Lista de Verificação é de suma importância, tendo em vista um procedimento que por si só, já oferece riscos, pois o ser humano tem suas particularidades que lhe são específicas e que, às vezes, até a ciência tem dificuldade para explicar e assim o erro é inerente ao procedimento, por isso inspira mais cuidados e a lista se torna imprescindível. Dessa forma, a conscientização da equipe se faz fundamental para melhoria da adesão. A familiaridade do profissional com a lista poderia ser favorecida se inserida no período de formação acadêmica, apontado em estudo.

Sobre o Protocolo do Risco de Quedas encontrou-se nesta investigação a importância da elevação das grades no leito. Na literatura, essa ação não está consolidada por falta de instrumentos de avaliação, sendo assim, a prática precisa ser cuidadosamente analisada.

Na atuação, percebe-se que a aquisição de um colchão com espessura e densidades mais elevadas diminui a efetividade da grade de proteção, uma vez que também diminui a altura de proteção da mesma. Salienta-se que a grade também aumenta a altura que o paciente se encontra do chão, quando esse consegue transpô-la.

A literatura também se contrapõe em relação às escalas de predição, em que estudo a reconhece como favorável e outro como desfavorável. Na presente pesquisa a dificuldade está atrelada às crianças, pois a mãe está associada ao fator de risco para queda da mesma.

As escalas de predição contam com vários elementos que orientam o enfermeiro na tomada de decisão, mas é necessário que a equipe esteja engajada para que as medidas preventivas sejam eficazes.

Em relação aos setores do hospital de maior risco, tanto na literatura quanto no presente estudo, a Urgência se destacou. Justifica-se o encontrado por ser um setor em que o paciente inspira maior cuidado, fase aguda de sua enfermidade e em sua maioria, com maior gravidade, de difícil análise e muitas vezes sem acompanhante que possa passar informações essenciais.

O uso das contenções como medida para evitar quedas ainda é questionável, tendo em vista o dano que pode causar ao paciente. A literatura recomenda amparo em protocolos institucionais e parâmetros legais considerando a humanização do cuidado.

Na vivência, os profissionais se veem sem alternativas mediante à algumas situações e optam por contenção visando o risco de queda com graves consequências. Salienta-se que a oferta de condições como infraestrutura adequada e profissionais capacitados para esse tipo de atendimento ainda está aquém do desejável para muitos hospitais.

O envolvimento da família nesse cuidado também tem sido uma boa alternativa para evitar os variados tipos de contenção, porém uma parcela da população, ainda desfruta de pouca vontade de entes que querem cuidar e a equipe que trabalha em número reduzido não dispõe de tempo suficiente para aplicar medidas que evite as quedas por tempo integral, optando-se então, por conter.

O enfermeiro se faz muito importante nesse contexto. Apoiado na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) pode delinear ações que minimizem o risco de quedas traçando um plano de ação individualizado envolvendo a família, assim diz a literatura.

Alguns instrumentos contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros e também apresentam ações alternativas que trazem melhorias ao processo assistencial. Possibilitam ainda embasamento científico para a promoção do cuidado.

No que se refere ao Protocolo de Lesão por Pressão, as escalas de predição se fazem fundamentais para a avaliação do paciente desde a admissão como no dia a dia, também são muito eficientes na classificação do risco para desenvolver lesões. Por meio da classificação dos riscos são estabelecidas as medidas de prevenção e intervenção.

A atuação do enfermeiro torna-se imprescindível, pois a avaliação e a classificação dos riscos são de sua responsabilidade. E, mediante à detecção dos riscos, o enfermeiro realiza a prescrição de enfermagem e, nessa situação torna-se fundamental que seja individualizada.

Sabe-se que na realidade, muitas vezes o enfermeiro encontra dificuldades para implementar a assistência desejável pelas muitas atribuições que desempenha na instituição desencadeando uma sobrecarga de trabalho. A prescrição de enfermagem individualizada é uma atribuição específica do enfermeiro, muito propícia à prevenção e intervenção nas lesões por pressão, mas pouco executada pelo excesso de serviço sob sua responsabilidade.

Pela normatização, o paciente não deve exceder mais de duas horas na mesma posição, mas a realidade dos serviços de saúde com a superlotação de leitos; o aumento do número de pacientes cada vez mais dependentes devido ao envelhecimento da população e o número reduzido de profissionais dificulta a execução do procedimento conforme o recomendado.

Percebe-se também pelo próprio protocolo do Ministério da Saúde a importância do nutricionista para a prevenção e controle das lesões por pressão. A participação de outros profissionais no cuidado ao paciente é de extrema importância, pois trazem saberes relevantes dentro de cada área de atuação. É um ganho para todos, para os profissionais na construção do conhecimento, adquirindo experiência e principalmente para o paciente que se restabelece com mais rapidez.

O uso de emolientes para hidratação do paciente e os colchões e coxins para distribuir a pressão também estão contemplados no Protocolo de Prevenção de Úlceras por Pressão do Ministério da Saúde, assim como nas falas dos depoentes da presente pesquisa, o que remete à importância dos instrumentos de apoio e à atualização da equipe.

Enfatiza-se a importância do envolvimento da família na prevenção e tratamento das lesões por pressão. A família, por estar o tempo todo com o ente debilitado e por ser único, favorece a enfermagem no desempenho das atividades diárias quando orientada, além de contribuir com a força física para manipular o paciente.

No que se refere ao Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos muitos são os estudos que abordam o processo medicamentoso. O processo é complexo, envolve diversos profissionais e envolve principalmente o paciente. Uma alergia

não relatada pode trazer o risco de morte do mesmo, uma prescrição médica ilegível e um profissional pouco receptivo podem dificultar o acesso e gerar consequências graves a quem mais precisa de ajuda.

Salienta-se também que um erro grave de medicação pode ocasionar em perda do direito de exercer a profissão e problemas para a instituição. Sendo assim, todos os envolvidos devem participar do processo com responsabilidade e envolvimento.

O uso das tecnologias foi um ganho para a segurança do paciente, mas se usada isoladamente pode gerar outros riscos. Ressalta-se ainda que nem todos os estabelecimentos de saúde dispõem de recursos financeiros para implantar a tecnologia no processo medicamentoso.

Porém, identifica-se, nos tempos atuais, uma preocupação maior por parte das políticas de saúde com a questão medicamentosa, tendo em vista, o número elevado de eventos adversos relacionados ao tema.

A inferência sobre o Protocolo de Identificação do Paciente no presente estudo trouxe a identificação visual por meio das pulseiras com alguns identificadores indispensáveis e a importância da conferência dos dados e da contribuição da tecnologia para essa prática. A literatura corroborou com o encontrado.

A Identificação do Paciente é um importante processo que previne muitos riscos em estabelecimentos de saúde. Pode ser implantada com recursos simples ou tecnológicos mais sofisticados, mas reflete eficaz e positivamente na segurança do paciente e na qualidade da assistência, mas também envolve o comprometimento e a responsabilidade de toda a equipe.

Em toda a assistência ao paciente, a enfermagem está de alguma forma envolvida, seja direta ou indiretamente. O enfermeiro, profissional responsável pela atuação da equipe, é também o alicerce nas variadas situações inerentes ao cuidado hospitalar e tomado pelas muitas atribuições, precisa de instrumento sistematizado e padronizado para seu próprio amparo. Destarte, faz-se necessário a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A SAE se fez um importante instrumento no gerenciamento de riscos evidenciado pelo presente estudo. A Classificação de Risco realizada na entrada do paciente na instituição delinea as medidas específicas para evitar danos ao mesmo. O enfermeiro também traça a Matriz de Risco por unidades para proteção não só do paciente assim como de toda a equipe.

É importante enfatizar a utilização das ferramentas para a classificação de riscos na área da saúde, sendo neste estudo apontado pelo enfermeiro o conhecimento e a aplicabilidade da Matriz GUT.

Dentro da SAE, a prescrição de enfermagem, atribuição exclusiva do enfermeiro, foi pouco citada pelos depoentes. Percebe-se que o próprio profissional não atenta para essa importância. Por meio da prescrição de enfermagem individualizada o paciente recebe cuidados que lhe são peculiares e intervenções específicas para evitar ou diminuir os riscos identificados.

A literatura corrobora com o encontrado. As prescrições de enfermagem são realizadas pelos enfermeiros, mas não contemplam cuidados distintos e em sua maioria não são checadas, o que demonstra que as ações de segurança não estão sendo realizadas.

É necessário que o enfermeiro se apodere desse recurso que lhe é específico e fundamental para implementação de estratégias a fim de gerenciar os riscos no ambiente hospitalar. Ressalta-se também que as instituições devem adequar o número de profissionais por meio de contratações, para facilitar nessa atuação, tendo em vista a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, o que dificulta também na avaliação da assistência de enfermagem.

A Avaliação da Assistência de Enfermagem é imprescindível para o gerenciamento de riscos. É uma forma de analisar se as estratégias implementadas estão apresentando efetividade no controle dos riscos, tendo em vista a segurança do paciente e a qualidade da assistência. Possibilita também replanejar as ações para alcançar os resultados almejados. Salienta-se que o sucesso da assistência depende de cada profissional inserido no processo e do trabalho em equipe de forma sistematizada.

A equipe de enfermagem está em constante contato com o paciente e por isso pode facilitar no processo de identificação dos riscos, como também pode ser desencadeadora de outros riscos. Sendo assim, é de fundamental importância os treinamentos, a capacitação e a sistematização da assistência.

O enfermeiro, na condição de líder, tem o papel de apoiador da equipe. Para tanto, precisa possuir conhecimento científico para se respaldar mediante às indagações que possam surgir, além de proporcionar maior segurança ao paciente na prestação de cuidados com o menor risco possível. Uma boa liderança precisa promover uma comunicação mais efetiva, para que todos os envolvidos trabalhem de forma organizada com a finalidade de evitar danos ao paciente.

Ressalta-se ainda que o enfermeiro líder é espelho para a equipe. A equipe é reflexo do modo de agir do enfermeiro, nesse sentido, sua postura deve refletir seu compromisso e sua responsabilidade perante o paciente.

Na Sistematização da Assistência de Enfermagem, o *checklist* se tornou instrumento fundamental, uma vez que permite verificar protocolos relacionados a riscos que podem acometer o paciente.

Utilizando-se de todos os instrumentos que a Sistematização da Assistência de Enfermagem disponibiliza, o enfermeiro terá condições para traçar o Mapa de Gerenciamento de Riscos. Trata-se de um meio para elencar os riscos existentes no ambiente hospitalar, definidos por setores.

Alguns setores se destacam por possuir maior risco conforme mostra a literatura internacional, sendo a Revisão Diária e o Acompanhamento Mensal por meio dos indicadores, ações que favorecem na identificação de riscos e possibilitam a avaliação da qualidade da assistência.

Alguns riscos podem causar eventos adversos ou apenas proporcionar uma não conformidade. Em se tratando de evento adverso, faz-se necessário a notificação, como meio de classificar os incidentes por meio de métodos e ferramentas, cujos números estatísticos permitem levantar problemas assistenciais e promover ações de intervenção. No entanto, acontecem subnotificações, face ao medo da punição e da falta de conhecimento.

O Núcleo de Segurança do Paciente é o alicerce para todo o processo de notificação, seja para classificar os eventos adversos, realizar treinamentos, apresentar o *feedback* das notificações, estabelecer ações de melhoria no processo assistencial ou o lançamento no sistema.

O Plano Anual e o Plano de Ação e Prevenção correspondem às ações a serem desenvolvidas por todo o ano e às estratégias e medidas preventivas, respectivamente, para diminuir ou evitar os riscos que podem gerar danos aos pacientes, sejam eles já ocorridos ou que possam vir a ocorrer.

Devido ao atual tempo pandêmico acometido pelo novo coronavírus, foi necessário elaborar uma Planilha COVID, por trazer mais riscos para as instituições. Por se tratar de algo inusitado, a indústria não estava preparada para fornecer em grande quantidade os EPI's e os insumos, sendo necessários improvisos, o que não deixou de contribuir com mais riscos.

As Legislações trazem orientações para adequação dos estabelecimentos, tendo em vista a segurança do paciente e a qualidade da assistência, porém, é necessário também, que a alta gestão promova condições para a efetividade das ações, como adequação do número de profissionais, da estrutura física, equipamentos e materiais, para que a implantação e implementação das estratégias se concretize.

Ressalta-se também a importância do acompanhamento da Inovação Tecnológica na área da saúde como contribuinte para um cuidado mais qualificado e com menos riscos.

A Tecnologia mostrou-se bastante abrangente nas instituições de saúde conforme observou-se na literatura, principalmente a internacional. Na presente investigação ainda há muito o que avançar. Pressupõe-se que a falta de recursos financeiros, o pouco engajamento das altas lideranças nas questões assistenciais e o pouco conhecimento sobre informática dos profissionais e demais envolvidos dificultam a implementação desse recurso nos estabelecimentos de saúde.

A literatura também apontou o custo elevado na implantação dos recursos tecnológicos, porém são facilitadores nos processos assistenciais, na gestão financeira, no gerenciamento de riscos, no monitoramento da qualidade por meio do levantamento de indicadores, assim como em treinamentos e capacitação de equipes, por serem mais atrativos e por estreitar distâncias.

Contemplando as facilidades, nos hospitais privados, a implantação e implementação de protocolos referentes ao gerenciamento de riscos ocorre de forma menos sofrível. Acredita-se que devido a melhores condições de recursos financeiros.

Os hospitais de pequeno porte favorecem para o gerenciamento de riscos pelo número de profissionais definido, o que facilita em treinamentos e adesão ao processo de implantação e implementação dos protocolos. Em contrapartida, é um fator dificultador pelo número reduzido de profissionais, o que acarreta na sobrecarga de trabalho, desempenhando inúmeras funções.

O processo de integração do funcionário se faz muito oportuno no gerenciamento de riscos, pois sua aproximação dos protocolos, normas e rotinas da instituição implica em menor risco no processo assistencial.

Mediante o avanço tecnológico, o processo educativo seja ele permanente ou continuado, por meio de treinamentos ou capacitação, ganhou maior adesão por ser acessível de qualquer localidade e por ser mais atraente, pelos variados recursos disponíveis.

A subdivisão de responsabilidade na instituição, para implantação e implementação de estratégias no gerenciamento de riscos, pode ser uma opção, com vistas a favorecer a atuação dos enfermeiros no cumprimento às legislações.

Ainda como facilitador, o controle preventivo dos equipamentos possibilitou prevenir problemas durante seu uso e também diminuir e evitar riscos ao paciente durante o processo assistencial, tendo em vista, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. No entanto,

apresenta custo elevado, não sendo possível, para algumas instituições, realizar na periodicidade exigida.

As Redes de Apoio são facilitadoras em todo o processo de gerenciamento de riscos, pois são alicerces mediante as muitas dificuldades encontradas pelos profissionais. Se fazem oportunas para as trocas de experiência, para o embasamento científico e para o próprio fortalecimento dos comitês nas tomadas de decisão.

Estratégias simples também são mais favoráveis à implantação e implementação de ações para gerenciar os riscos. A simplicidade de instrumentos de operacionalização, como fluxogramas e *checklist*, favorece a adesão dos profissionais por facilitar a compreensão, contrapondo aos protocolos complexos e extensos disponibilizados pelos órgãos governamentais, que se tornam decoração e perdem sua funcionalidade.

As dificuldades também são apontadas pelas várias atribuições do enfermeiro acarretando em sobrecarga de trabalho devido ao número reduzido de profissionais. A falta de compromisso e de envolvimento da equipe também reduz a efetividade das ações, e a rotatividade de pessoal compromete a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

Problemas como falta de materiais e insumos são fatores desmotivadores que contribuem para a ineficácia das medidas, principalmente no momento de maior vulnerabilidade mediante o desconhecido, trazido pelo atual tempo pandêmico, que trouxe mais riscos.

As unidades dentro do hospital se diferenciam em complexidade e características de atendimento. Sendo assim, os protocolos, as normas e as rotinas devem ser específicas para que sejam aplicáveis.

No gerenciamento de riscos, treinamentos relacionados aos Protocolos de Segurança do Paciente, favorecem o atendimento mais qualificado e a minimização de riscos.

Acrescenta-se ainda que dificuldade na comunicação é fator que impacta negativamente na oferta de serviço de qualidade e propicia a ocorrência de riscos ao paciente, o que pode ser potencializado pela falta de apoio da alta gestão, pontuado nesta pesquisa e na literatura encontrada.

Percebe-se que as Políticas de Saúde têm se preocupado com os números elevados e alarmantes de eventos adversos e de óbitos a eles relacionados, a nível mundial. No entanto, reitera-se com o presente estudo, existir mais dificuldades do que facilidades, apontadas pelos profissionais, na implantação e implementação de estratégias para evitar, diminuir ou atenuar os danos.

Não foi evidenciado na presente investigação, incentivos financeiros governamentais para que as ações estratégicas fossem realmente efetivadas. Os recursos tecnológicos, em fase constante de inovação, também não foram utilizados para uma divulgação eficaz que atinja a camada que realmente coloca para funcionar, os profissionais de saúde. Muitos tomam ciência das legislações mediante visitas de inspeção, em que é cobrado o que deveria estar implantado e implementado. Seria também uma excelente opção, tais recursos para a capacitação dos profissionais, por não precisar de deslocamento e atingir um grande número de pessoas em um único momento.

A partir deste estudo, apreende-se que a qualidade da assistência em hospitais tendo como base o gerenciamento de riscos, apresenta desafios no que se refere à implantação e implementação de Protocolos de Segurança do Paciente. É de fundamental importância que o enfermeiro se apodere dos instrumentos que lhe são privativos para colocar em prática uma assistência fundamentada cientificamente, proporcionando qualidade do serviço prestado e segurança ao paciente. Se faz necessário também a abrangência do uso da tecnologia em toda a extensão do atendimento; a adequação do número de profissionais para que em conjunto, o cuidado possa ser mais seguro; que a comunicação seja mais efetiva, tendo em vista, uma assistência com menos riscos; além disso, maior engajamento da alta gestão no processo para promover melhores condições de trabalho.

Limitação do Estudo: Número reduzido de enfermeiros, apenas no Estado de Minas Gerais. Poder-se-ia abranger enfermeiros nos estados da região sudeste, com possibilidade de extensão nacional.

Relevância do estudo para a Enfermagem: Conhecer a atuação do enfermeiro no gerenciamento de riscos, com vistas à segurança do paciente e à qualidade da assistência retroalimenta a ciência da Enfermagem e norteia o processo de trabalho dos enfermeiros no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2411/1/ENSP_Disserta%c3%a7%c3%a3o_Albuquerque_Elizabeth_Maciel.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.
- ALONSO, L. B. N. *et al.* Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 34-49, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/19162/12246>. Acesso em: 03 out. 2021.
- ALVES, M. F. T.; CARVALHO, D. S.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2895-2908, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/1413-8123-csc-24-08-2895.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- AMARAL, E. M. S. *et al.* Percepções sobre o trabalho da equipe de enfermagem em serviço hospitalar de emergência de adultos. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 21:e-1023, 2017. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1023.pdf>. Acesso em: 02 set. 2021.
- BALBINO, C. M. *et al.* Inovação tecnológica: perspectiva dialógica sob a ótica do Joseph Schumpeter. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n.6, e198963593, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3593/3926>. Acesso em: 21 jul. 2021
- BACKES, C. *et al.* A prática da contenção em idosos: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 578-83, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7Wcnpf7VnvCChXSPqLp7Rrv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jul. 2021.
- BÁO, A.C.P. *et al.* Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v. 72, n. 2, p. 360-366, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n2/pt_0034-7167-reben-72-02-0360.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.
- BARRETO, M. S. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4:e20200005, 2020. <https://www.scielo.br/j/ean/a/hCMd9nm7tSRS7WzfdSBMFxF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 jul. 2021.

BARROS, M. M. O. *et al.* Utilização do prontuário eletrônico do paciente pela equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE**, on-line, v. 14:e241496, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/241496/34313>. Acesso em: 22 jul. 2021.

BATISTA J. *et al.* Efeito da transição administrativa da gestão hospitalar na cultura de segurança em unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm.**, [Internet], v. 29:e20190012, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/JJcVdmfFv6LjphJwSkDZnDc/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 set. 2021.

BEZERRA, A. L. Q. A segurança do paciente e a enfermagem. **Revista Nursing**, Santana do Parnaíba, v. 21, n. 239, p. 2091, 2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/239-Abril2018/editorial.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

BIM, L. L. *et al.* Aquisição teórico-prática de tópicos relevantes à segurança do paciente: dilemas na formação de enfermeiros. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4:e20170127, 2017. <https://www.scielo.br/j/ean/a/QLsjqw9kgF4PtW9cGw4fBrd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 jul. 2021.

BITENCOURT, G. R. *et al.* Uso de indicadores na avaliação do serviço de educação permanente: reflexão dos pilares da qualidade. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 35:e36844, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36844/23466>. Acesso em: 02 out. 2021.

BITENCOURT, J. V. O. V. *et al.* Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para COVID-19. **Texto Contexto Enfermagem**, [Internet], v. 29:e20200213, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ymdsbYLdmhByk9s6Vdm7Bfp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 out. 2021.

BORGES, A. Z. F. *et al.* Monitoramento de conformidades na identificação do paciente em unidades de internação hospitalar. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 11360-11370 mai./jun. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/30265/pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRAGA, A. T.; PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Métrica de indicadores assistenciais de hospitais certificados. **Rev. Enferm. UFPE**, on-line, Recife, v. 12, n. 3, p. 665-675, mar. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230715/28018>. Acesso em: 01 ago. 2021.

BRANDÃO, M. G. S. A.; BRITO, O. D.; BARROS, L. M. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino **Rev. Adm. Saúde on-line**, v. 18, n. 70, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/84/125>. Acesso em: 02 set. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15: incidentes relacionados à assistência à saúde.**

Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2017a. Disponível em:

https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1585/Boletim_Seguranca_do_Paciente_e_Qualidade_em_Servicos_de_Saude_n_15.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Acesso em: 18 jul. 2020.

_____. _____. **Cartilha de Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.** São Paulo. 2010a. Disponível em:

<http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/510f0a460507f.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2018.

_____. _____. **Manual de tecnovigilância: uma abordagem sob ótica da vigilância sanitária.** Brasília : Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/fiscalizacao-e-monitoramento/tecnovigilancia/manual-tecnovigilancia-2021-v4.pdf> . Acesso em: 28 det. 2021.

_____. _____. **NOTA TÉCNICA Nº 108/2020/SEI/COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA** Processo nº 25351.920692/2020-15 **Ementa:** o uso do ozônio como produto desinfetante durante a pandemia causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), 2020. Disponível em:

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/anvisa-esclarece-sobre-uso-de-ozonio-como-desinfetante/sei_anvisa-1168587-nota-tecnica-ozonio-ghcos.pdf.

Acesso em: 28 jun. 2021.

_____. _____. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 02** de 25 de janeiro de 2010.

Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

Brasília, Diário Oficial da União, 25 jan. 2010b.

_____. _____. **Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013.

Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Brasília, Diário Oficial da União, 25 jul. 2013a.

_____. _____. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde.** Brasília, DF, 2017b. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57> .

Acesso em: 02 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** Brasília (DF): Fiocruz; 2013b. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-ulcera-por-pressao>. Acesso em: 28 set. 2021.

_____. _____. _____. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013c.

Disponível em: al para Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-deseguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>.

Acesso em: 02 out. 2021.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

_____. _____. _____. **Resolução n. 510**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, Diário Oficial da União, 07 abr. 2016.

_____. _____. **Portaria n. 529** de 1 de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, Diário Oficial da União, 02 abr. 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. _____. **Portaria n. 1.377** de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília, Diário Oficial da União, 10 jul. 2013e.

_____. _____. **Portaria n. 2.095** de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília, Diário Oficial da União, 25 set. 2013f.

_____. _____. **Mapeamento e diagnóstico da gestão de equipamentos médico-assistenciais nas regiões de atenção à saúde do projeto QualiSUS-Rede**. Brasília, 2016. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mapeamento_diagnostico_gestao Equipamentos_atencao_saude_QualiSUS.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research**, on-line, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology. Acesso em: 17 jul. 2020.

_____. _____. **Thematic analysis**. In: COOPER, H.; CAMIC, P.M.; LONG, D.L.; PANTER, A.T.; RINDSKOPF, D.; SHER, K.J. APA handbook of research methods in psychology, v. 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological. Washington, DC: American Psychological Association, 2012.

_____. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. **Qualitative Research in Sport, Exercise and Health**, on-line. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>. Acesso em: 22 set. 2019.

BRUNETTO, Y. *et al.* Comparing the impact of management on public and private sector nurses in the UK, Italy, and Australia. **Public Management Review**, on-line, v. 20, n. 4, p.

525-544, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14719037.2017.1309100>. Acesso em: 14 out. 2021.

CALDANA G.; GABRIEL C.S. Avaliação do Programa de Acreditação Hospitalar: identificação de face e conteúdo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 41-47, jan/fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0047.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2018.

CÁRCAMO, A. M. P.; TOURINHO, F. S. V.; ALVES, T. F. Risk factors in medication errors in a high-complexity tertiary public hospital. **Texto Contexto Enferm**, [Internet], v. 29(Spe):e20190241, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/T3wcGnV8Q753KZvzJdnN7fv/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

CARDOSO, A. S. F. *et al.* Elaboração e validação de checklist para administração de medicamentos para pacientes em protocolos de pesquisa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, on-line, v. 40, n. esp:e20180311, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/dBWnfXZktpGNG3hgxykDDsk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 08 jul. 2021.

CASURIAGA, A. *et al.* Auditoría de historias clínicas: ver herramienta de evaluación de la calidad terciaria. Hospital Pediátrico – Centro Hospitalario Pereira Rossell. **Arch. Pediatr. Urug.**, on-line, v. 89 n. 4, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168812492018000500242&lang=pt. Acesso em: 01 out. 2021.

CAZALI, A. S. *et al.* A higiene das mãos como prática para evitar infecções relacionadas à assistência à saúde no âmbito hospitalar: relato de experiência In: JORNADA DE EXTENSÃO, 19, 2018, Rio Grande do Sul. **Anais do Salão do Conhecimento UniJuí**. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/9752>. Acesso em: 18 ago. 2021.

CEDRAZ, R.O. *et al.* Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Rev. Escola Anna Nery**, on-line, v. 22, n. 1:e20170252, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0252.pdf. Acesso em: 19 jul.2020.

COLLETI JUNIOR, J.; ANDRADE, A. B.; CARVALHO, W. B. Avaliação do uso de sistemas de prontuário eletrônico nas unidades de terapia intensiva brasileiras. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, on-line, v. 30, n. 3, p. 338-346, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/JKqbtGZbzmKzZVxLj9HsWfQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2021.

COSTA, A. C.; SILVA, J. V. Significados de sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. **Revista Práxis**, on-line, v. 12, n. 23, jun. 2020. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/praxis/article/view/789/2621>. Acesso em: 20 jul. 2021.

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, on-line, v. 21, n. 5, set./out. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Dh3X7GNXs6gD4cJ4hVSLkFS/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 20 set. 2021.

DEEPAK, S. S. F. *et al.* Hand hygiene knowledge, attitude, practice and hand microflora analysis of staff nurses in a rural tertiary care hospital. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, on-line, v. 9, n. 9, p. 4969–4973, sept. 2020.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7652121>.

Acesso em: 17 ago. 2021.

DEWANTO, A.; WARDHANI, V. Nurse turnover and perceived causes and consequences: a preliminary study at private hospitals in Indonesia. **BMC Nursing**, on-line, v. 17(Suppl 2):52, p. 2-15, 2018. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-018-0317-8.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

FAEDA, M. S.; PERROCA, M. G. Conformity of nurse prescribing to care needs: nurses' understanding. **Rev. Bras. Enferm.**, on-line, v. 70, n. 2, p. 400-406, 2017.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/3ZfMLnvTSh4thwRnL7sHsQR/?lang=en&format=pdf>.

Acesso em: 03 ago. 2021.

FASSARELLA C. S. *et al.* Nurse safety culture in the services of a university hospital. **Rev. Bras. Enferm.**, on-line, v. 72, n. 3, p. 767-73, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/7why8ZP5DHHVnZBq5pfHvRw/?format=pdf&lang=en>.

Acesso em: 30 jun. 2021.

FASSINI, P.; HAHN, G. V. Risk management in hospital unit: conceptions for nursing staff. **Rev. Enferm UFSM**, on-line, v. 2, n. 2, p. 290-299, 2012. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/4966/3753>.

Acesso em: 19 jul. 2020.

FERRACIOLI, G. V. *et al.* Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. **Rev. Enferm. Foco**, on-line, v. 11, n. 1, p. 15-20, 2020. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2254/696>

Acesso em: 13 jun. 2021.

FERREIRA, G. S. *et al.* Boas práticas na administração de medicamentos endovenosos. **Enferm Foco**, on-line, v. 12, n. 1, p.100-104, 2021. Disponível em:

<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/boas-praticas-administracao-medicamentos-endovenosos.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2021.

FERREIRA, T. C. B. *et al.* Instrumentos para avaliação do uso de grades laterais do leito: segurança ou contenção. **Revista Nursing**, Santana do Parnaíba, v. 22, n. 254, p. 3052-3059, 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/254/pg35.pdf>.

Acesso em: 03 ago. 2021.

FIORIN, J. M. A. *et al.* Avaliação da qualidade de prescrições de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Enfermagem Atual**, on-line, v. 85, p. 29–36, 2018. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/241/140>.

Acesso em: 06 set. 2021.

FURINI, A. C. A.; NUNES, A. A.; DALLORA, M. E. L. V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, on-line, v. 40(esp):e20180317, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ghp6h3SKJMjjwbY96yyd3Yz/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 25 set. 2021.

FUSARI, M. E. K. *et al.* Melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão do risco hospitalar: estudo de caso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, on-line, v. 42, n. esp:e20200194, 2021.

Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/110492/60285>. Acesso em: 30 set. 2021.

GAMA, Z.A.S. Gestão de Riscos relacionados à Assistência à Saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília, DF, 2017. Cap. 2, p. 27-32. Disponível em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODk0OQ%2C%2C%20>.

Acesso em: 20 set.2020.

GAMA, Z.A.S., SATURNO, P.J. **Curso em inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde**. Módulo I. Conceitos para a inspeção da gestão de riscos em serviços de saúde. Organização Pan-americana da saúde – OPAS/Natal: editora UFRN 2013.

GERÔNIMO, M. S.; LEITE, B. C. C.; OLIVEIRA, R. D. Gestão da manutenção em equipamentos hospitalares: um estudo de caso. **Revista Exacta**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 167-183. 2017. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/exacta/article/view/7144/3693>.

Acesso em: 24 jul. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, C. D. P. P. *et al.* Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 140-145, jul./set. 2016.

Disponível em:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/12/827197/sobecc-v21n3_pt_140-145.pdf.

Acesso em: 20 ago. 2021.

GONÇALVES, A. D. C. *et al.* A mudança de decúbito na prevenção de lesão por pressão em pacientes na terapia intensiva. **Revista Nursing**. Santana do Parnaíba, v. 23, n. 265, p. 4151–4160, 2020. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/265/pg68.pdf>.

Acesso em: 16 ago. 2021.

GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios; 1983.

GUARANA, C. V. P. S. *et al.* Avaliação da Competência de Estudantes de Medicina em Identificar Riscos à Segurança do Paciente através de Simulação **Revista Brasileira De**

Educação Médica, on-line, v. 43, n. 1 Supl. 1, p. 431-439; 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/CbSCgbxqWcyqkCw9YWdg4GD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

GUTIERRES, L. S. Difficulties of nurses in patient safety in the surgical center: An exploratory study. **Online Braz. J. Nurs.** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1147250/6438-en.pdf>. Acesso em: 02 set. 2021

ISMAEL, I. C. G. A importância do papel da enfermagem no processo assistencial em pacientes com queimaduras. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, on-line, v. sup. 23: e209, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/209/422>. Acesso em: 16 ago. 2021.

JANSEN, R. C. S.; SILVA, K. B. A.; MOURA, M. E. S. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. **Rev. Bras. Enferm.**, on-line, v. 73, n. 6:e20190413, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Cn4CDBzVQMbXf64ZZLB6xJC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

KLAUZER, I. M. *et al.* A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **REME**, on-line, v. 22:e-1087, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1087.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021

KOBAYASHI, K. *et al.* Incidence and characteristics of accidental falls in hospitalizations. **Nagoya J Med Sci**, Nagoya, v. 79, n. 3, p. 291–298, aug. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577015/pdf/2186-3326-79-0291.pdf>. Acesso em: 03 set. 2021.

KOHN, L. T., CORRIGAN, J. M., DONALDSON, M. S.; Committee on Quality of Health Care in America. **To err is human: Building a Safer Health System**. Washington: Institute of Medicine/National Academy Press; 2000.

KUTNEY-LEE, A. *et al.* Electronic Health Record Adoption and Nurse Reports of Usability and Quality of Care: The Role of Work Environment. **Appl Clin Inform.**, on-line, v. 10, p. 129–139, 2019. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0039-1678551.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2021.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC B. F. **Hospital performance in Brazil: the search for excellence**. Washington DC: The World Bank; 411 pp; 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/31.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

LARREA, J. A. M.; ANGUIANO, L. M. A.; BETANCOURT, J. A. M. Farmacovigilancia: un paso importante en la seguridad del paciente. **Rev. Sanid Milit Mex**, Ciudad de México, v. 72, n. 1, p. 47-53, Enero/Febrero, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rsm/v72n1/0301-696X-rsm-72-01-47.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

LLAPA-RODRIGUEZ, E. O. *et al.* Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. **Rev. Gaúcha Enferm**, on-line, v. 38, n.4:e2017-0029, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/mfp3NmJBdnNjnC6VVq8tpLr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2021.

LIMA NETO, A. V. *et al.* Análise das notificações de eventos adversos em um hospital privado. **Enfermería Global**, on-line, n. 55, Jul. 2019. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n55/pt_1695-6141-eg-18-55-314.pdf. Acesso em: 16 ago. 2021.

LOPES, A. N. M.; BATASSINI, E.; BEGHETTO, M. G. Lesão por pressão em uma coorte de pacientes críticos: incidência e fatores associados. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, on-line, v. 42: e20200001, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/QJVDGBnJztSqd3wHSzwSwNM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2021.

LORENZETTI, J. *et al.* Organização do trabalho da Enfermagem Hospitalar: Abordagens na Literatura. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, out/dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01104.pdf. Acesso em: 15 set. 2018.

LUCAS, T. C. *et al.* Desafio da higienização das mãos para a implementação dos bundles de cateter venoso central. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 3, jul. 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11283>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, on-line, v. 6, n. ¼., p. 11-17, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticasgerais-da-enfermagem-o-perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf>. Acesso em: 14 agosto 2021.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade e acreditação. In: NETO, G. V.; MALIK, A.M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 325-328, 2012.

MASCARENHAS, F. A. Z. *et al.* Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos. **Texto Contexto Enferm.**, on-line, v. 28:e20180040, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ypg7nybyXdxtwK6Ddvx5gLQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2021.

MARTINS, F. O. S.; RIBEIRO, M. L. L. Implantação e uso de sistema de rastreabilidade automatizado em central de materiais e esterilização. **Rev. SOBECC**, São Paulo; vol. 22, n. 1, p. 52-58, jan./mar. 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/05/833449/sobecc-v22n1_pt_52-58.pdf. Acesso em: 27 set. 2021.

MENDONÇA, P. K. *et al.* Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm**, on-line, v. 27, n. 4:e4610017, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/Z9CwyVqcD8MJqtqhy8gYjMG/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 16 ago. 2021.

MICHALEK, C.; CARSON, S. L. Implementing barcode medication administration and smart infusion pumps is just the beginning of the safety journey to prevent administration errors.

Farmacia Hospitalaria, Madrid, v. 44, n. 3, p. 114–121, 2020. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/journal/3659/365964773008/365964773008.pdf>.

Acesso em: 18 ago. 2021.

MIEIRO D. B. *et al.* Strategies to Minimize Medication Errors in Emergency Units: an Integrative Review. **Rev. Bras. Enferm.**, [Internet], v. 71, n. Suppl 7, p. 307-14, 2019.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/gMgPrLkFvyq3VvCz6KJhKH/?lang=en&format=pdf>.

Acesso em: 08 jul. 2021.

MILOS, P.; LARRAÍN, A. I. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos ver el contexto de la identificación del paciente. **Aquichan**, Chia, Colômbia, v. 15, n. 1, p. 141-153, 2015. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/50039/2935-25045-2-pb.pdf>.

Acesso em: 19 set. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies.

Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em: 19 nov. 2020.

MORAES DE SABINO, L. M. *et al.* Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan. La Sabana**, Colômbia, v. 16, n. 2, p. 230-239, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n2/v16n2a10.pdf>.

Acesso em: 23 set. 2018.

MOREIRA, F. T. L. S. *et al.* Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, on-line, v. 40(esp):e20180308, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/nWLSXWpWyYyhnCmF8J6KvbJ/?lang=pt&format=pdf>

Acesso em: 03 out. 2021.

MORRIS, R.; O'RIORDAN, S. Prevention of falls in hospital. **Clinical Medicine**, London, v. 17, n. 4, p. 360–362, aug. 2017. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6297656/pdf/clinmed-17-4-360.pdf>.

Acesso em: 06 set. 2021.

NASSAR, P. R. B. *et al.* Gestão de risco e as estratégias do plano de contingência para

COVID-19. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28:e51503, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/55415/36248>. Acesso em: 19 ago. 2021.

NERE, C. S. The performance of nursing in the hospital infection: Integrative review. **ReonFacema**, [Internet], v. 3, n. 3, p. 630-635, jul/set, 2017. Disponível em: <https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/192>. Acesso em: 27 jun. 2021.

NICOLETTI, M. A.; TSUBAKO, J. M. F. Cuidado Farmacêutico na educação de pacientes usuários de dispositivos médicos. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, Brasília (DF), v. 32, e3.a, p204-222, 2020. Disponível em: <http://www.revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=2617&path%5B%5D=pdf>. Acesso em: 16 ago 2021

OLIVEIRA, D. *et al.* Perfil de liderança dos enfermeiros de um serviço hospitalar. **R. pesq.: cuid. Fundam. Online**, v. 13, p. 1095-1101, jan./dez. 2021. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9985/10078>. Acesso em: 30 set. 2021.

OLIVEIRA, F. F.; HORONATO, A. K. Atividade lúdica e educativa para higienização das mãos em tempos de pandemia: relato de experiência. **Revista Nursing**, Santana do Parnaíba, v. 24, n. 275, p 5496–5500, 2021. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1472/1676>. Acesso em: 06 out. 2021.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 25, e2851, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2851.pdf. Acesso em: 21 mar. 2020.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Descredenciamento da certificação pela acreditação hospitalar: percepções de profissionais. **Texto Contexto Enferm.**, on-line, v.25, n.1. p. 1- 8. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4430014.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18. N. 1. Jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgia segura salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 211p. 2009.

Disponível em:

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vi_das.pdf. Acesso em: 03 set. 2021.

PALJOJKI, S. *et al.* An analysis of electronic health record–related patient safety incidents. **Health Informatics Journal**, on-line, v. 23, n. 2, p. 134–145, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1460458216631072>. Acesso em: 18 ago. 2021.

PAIXÃO, D. P. S. S. *et al.* Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. **Rev. Bras. Enferm.**, on-line, v. 71(Supl 1):p. 577-584, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nBq4QYtpMTnYyJ8DhdK9wRd/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 17 ago. 2021.

PEREIRA-ÁVILA, F. M. V. *et al.* Factors associated to the practice of using masks by the population of Paraíba during the COVID-19 pandemic. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 55:e03735, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/nvPYXcXbs8k6xNLkm7DXB3b/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 set. 2021.

PEREIRA, E. S. *et al.* Intervenções de enfermagem ao idoso hospitalizado com risco de queda. **Revista Nursing**, Santana do Parnaíba, v. 23, n. 265, p. 4205–4212, 2020. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/265/pg122.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

PÉREZ-RICART A. *et al.* Integrando a farmacovigilância na rotina do serviço de farmácia: experiência de nove anos. **Farm. Hosp.**, Madrid, v. 43, n. 4: 128-133, 2019. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113063432019000400004&lang=pt. Acesso em: 18 ago. 2021

PINTO, V. R. S.; FERREIRA, S. C. M. Indicators for the assessment of the quality of nursing care: a descriptive-exploratory study. **Brazilian Journal of Nursing**, [Internet], v. 16, n. 1, p. 140-151, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3614/361453991003.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2021.

PRATES, C. G. *et al.* Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Rev. Gaúcha Enferm.**, on-line, v. 40(esp):e20180150, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/D56fnMg49q9vyFGXRxKVPqz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2021.

PONTES, L. *et al.* A inspeção na avaliação clínica diária do enfermeiro: produção de uma tecnologia educacional. **Enferm. Foco**, on-line, p. 57-62, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2437/728>. Acesso em: 26 jul. 2021.

REIS, G. A. X. *et al.* Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Rev. Gaúcha Enferm.**, on-line, v. 40esp, e2018366, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180366.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2020.

REIS, M. A. S. *et al.* Medicamentos potencialmente perigosos: identificação de riscos e barreiras de prevenção de erros em terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm.**, on-line, v. 27, n. 2:e5710016, 2018. Disponível em:

<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/boas-praticas-administracao-medicamentos-endovenosos.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

RIBEIRO, L. *et al.* Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. **Rev. Col. Bras. Cir.**, on-line, v. 46, n. 5: e20192311, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/stwT35kXjH8LRdtTGK89PNF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021

ROCHA, G. *et al.* **Ferramentas para a gestão de riscos relacionados à assistência à saúde.** In: BRASIL. Anvisa. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>.

Acesso em: 02 set. 2019.

SALOMI, M. J. A.; MACIEL, R. F. Gestão de documentos e automação de processos em uma instituição de saúde sem papel. **J. Health Inform.**, São Paulo, vol. 8, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 2016. Disponível em:

<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/387/258>.

Acesso em: 19 set. 2021.

SAMARTÍN-UCHA M. *et al.* Devising of a risk map on the management of high alert medication in a third level university hospital. **Farmacia Hospitalaria**, Espanha, v. 43, n. 3, p. 110-115, 2019. Disponível em:

<https://scielo.isciii.es/pdf/fh/v43n3/2171-8695-fh-43-03-110.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2021.

SANTANA, I. F.; SILVA, J. P. Gerenciamento em enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital público. **Revista da FAESF**, Piauí, v. 2, n. 2, p 34-44, abr./jun 2018.

Disponível em: <https://www.faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/download/42/40>.

Acesso em: 12 jun. 2021

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

<https://www.metodista.br/revistas/revistasunimep/index.php/sr/article/view/3094/1947>.

Acesso em: 26 jun. 2021

SANTOS, C. T. *et al.* Indicadores da Nursing Outcomes Classification para avaliação de pacientes com lesão por pressão: consenso de especialistas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2021a. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/8t8rjTqvJKgX3rFbCDMkXWb/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 02 out. 2021.

SANTOS, G. L. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: compreensão à luz de seus pilares e elementos constituintes. **Enferm Foco**, on-line, v. 12, n. 1, p. 168-173, 2021b.

Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3993/1114>. Acesso em: 19 set. 2021.

SANTOS, R. P. *et al.* Busca ativa contribui na identificação de eventos adversos e incidentes em unidade de terapia intensiva. **Enfermería Global**, on-line, n. 48, p. 476-487, Outubro, 2017. Disponível em:

https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/pt_1695-6141-eg-16-48-00465.pdf.

Acesso em: 06 jun. 2021.

SANTOS, E. A.; DOMINGUES, A. N. ; EDUARDO, A. H. A. Lista de verificación de seguridad quirúrgica: conocimientos y desafíos para el equipo del centro quirúrgico **Revista Enfermería Actua**, Costa Rica, n. 38, Enero/Junio, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n38/1409-4568-enfermeria-38-75.pdf>.

Acesso em: 14 ago. 2021.

SANTOS, M. G. *et al.* Etapas do Processo de Enfermagem: uma revisão narrativa. **Enferm. Foco**, on-line, v. 8, n. 4, p. 49-53, 2017. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1032/416>.

Acesso em 05 out. 2021.

SANTOS, T. A. *et al.* Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem em hospitais públicos. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 24:e-1339, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1339.pdf>.

Acesso em: 13 jun. 2021.

SCHWENDIMANN R. *et al.* The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. **BMC Health Services Research**, on-line, v. 18:521, 2018. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-018-3335-z.pdf>.

Acesso em: 07 out. 2021.

SERRA, J. N.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. F. M. Situação dos hospitais de referência para implantação/ funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21 n. esp, p. 01-09, 2016. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45925/pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SEVERO, I. M. *et al.* Risk factors for fall occurrence in hospitalized adult patients: a case-control study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 26:e3016. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YvTbfJNtzqcVHgKfYWZbrZS/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 27 jun. 2021.

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

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SILVA, A. M. *et al.* Percepções dos enfermeiros acerca da implementação do processo de enfermagem em uma unidade intensiva. **Rev. Gaúcha Enferm**, on-line, v. 42:e20200126, 2021a. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/kd5MzdD3DG7qPpbMkfYvHQy/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 27 set. 2021.

SILVA, A. T. *et al.* Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 6:1532-8, jun., 2018

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763/pdf>.

Acesso em: 19 de jun. 2021

SILVA, H. R. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem quanto as contribuições da utilização do checklist de cirurgia segura. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, on-line, v. 87, p. 25, 2019. Disponível em:

<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/18/444>.

Acesso em: 27 jun. 2021.

SILVA, V. A. *et al.* Notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde em um hospital de ensino. **Enfermería Global**, on-line, n. 63, jul. 2021b. Disponível em:

https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n63/pt_1695-6141-eg-20-63-180.pdf.

Acesso em: 02 out. 2021.

SILVA, V. B. *et al.* Educação permanente na prática da enfermagem: integração entre ensino e serviço. **Revista Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 26:e71890, 2021c. Disponível em:

<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v26/1414-8536-ce-26-e71890.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.

SILVA, P. H. A. *et al.* Cirurgia segura: análise da adesão do protocolo por médicos e possível impacto na segurança do paciente. **Rev. Col. Bra. Cir.**, on-line, v. 47:e20202429, 2020a.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/3FKWx9FGQLHt5PWGBqXZ87F/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em 14 agosto 2021.

SILVA, N. M., *et al.* Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho do enfermeiro em cargos gerenciais no âmbito hospitalar. **Rev. Enferm. UFSM**, on-line, v. 10 ex: p. 1-19. 2020b. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33263/html>.

Acesso em: 13 jun. 2021.

SILVA, R. A. R. *et al.* Avaliação da conformidade de utilização de um protocolo para identificação de pacientes. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v. 36, n. 2:e2792, 2020c.

Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2792/593>.

Acesso em: 14 set. 2021.

SILVA, R. P. S.; CAMACHO, A. C. L.; VALENTE, G. S. C. Risk management in the scope of nurses' health in the hospital setting. **Rev. Bras. Enferm.**, on-line, v. 73, n. 6:e20190303, 2020. Disponível em:

www.scielo.br/pdf/reben/v73n6/pt_0034-7167-reben-73-06-e20190303.pdf.

Acesso em: 20 nov. 2020

SILVA, R. S. S. *et al.* Uso de pulseiras de identificação: implicações para a segurança do recém-nascido na maternidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2:e20180222, 2019b. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/4TDyPkzGSfhjRbPh6qCTcQN/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 26 jul. 2021.

SIMAN, A. G., BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, on-line, v. 37(esp):e68271, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68271.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SIMAN, A. G.; CUNHA; S. G. S.; BRITO; M. J. M. Ações de enfermagem para segurança do paciente em hospitais: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, v. 11(Supl. 2). P. 1016-1024, fev. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13472/16174>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SIMAN, A. G. *et al.* Implicações da acreditação para a gestão do serviço hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. São João Del Rei, v. 7, p. 1480-1489, 2017. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1480/1721>. Acesso em: 16 set. 2018.

SOUSA, P.; LAGE, M. J.; RODRIGUES, V. Magnitude do problema e os factores contribuintes do erro e dos eventos adversos. In: Sousa P. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENS; 2019. p. 95-112.

SOUZA, C. D. *et al.* Concepções da equipe de enfermagem sobre a prevenção de quedas em ambiente hospitalar. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8341-8356, jul./ago. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13302/11181>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SOUZA, A. F. R. *et al.* Os erros de medicação e os fatores de risco associados à sua prescrição. **Enferm. Foco**, on-line, v. 10, n. 4, p. 12-16, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1900/598>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SOUSA, S. M. *et al.* Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, on-line, v. 70, n. 3, p.504-510, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0504.pdf. Acesso em: 20/03/2020

TEIXEIRA, T. C.; CASSIANI, S. H. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paul Enferm.**, on-line, v. 27, n. 2, p.100-107, mar/abr, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0100.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2020.

TOLEDO, P. P. S. *et al.* Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, on-line, vol. 26, n. 6, p. 2131-2140, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6V8wyd45cgZQ3ZjXBWXSpry/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 out. 2021.

TOSTES, M. F. P. *et al.* Dualidade entre satisfação e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 3-9, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/123/pdf>. Acesso em: 23 ago. 2021.

TOTI, I. C. C. *et al.* Percepções dos profissionais de enfermagem na aplicação do checklist de cirurgia segura. **Journal of Nursing and Health**, on-line, v.10, n. 1:e20101010, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18332/11439>. Acesso em: 14 ago 2021.

TREVISIO, P. *et al.* Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Rev. Adm. Saúde**, on-line, v. 17, n. 69, out./dez. 2017. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/78>. Acesso em: 17 jun. 2021.

WACHHOLTZ, M. A.; KUNZ DA COSTA, A. E.; PISSAIA, L. F. Conhecimento dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva sobre infecções relacionadas à assistência em saúde. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 8, n. 10, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5606/560662201037/html/>. Acesso em: 19 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care**. Genebra: World Health Organization; 2005. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

_____. **The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives**. Genebra: World Health Organization; 2008. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf. Acesso em: 16 set. 2020.

_____. **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme**. Genebra: World Health Organization, 2008. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf. Acesso em: 15 nov. 2020.

_____. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Genebra: World Health Organization; 2009 Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 24 mar. 2020.

_____. **Medication Without Harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>. Acesso em: 26 jan. 2021.

_____. **Patient safety: global action on patient safety. Report by the Director-General**. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327526>. Acesso em: 18 jul. 2020

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre (RS): Penso, 2016. 313p

ZANETTI A. C. B. *et al.* Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos em hospitais: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, on-line, v. 41:e20190364, 2020.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/tn9rtypfy3DcBdW6W5mgTDp/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 15 nov. 2020

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO**1ª ETAPA: Caracterização pessoal e profissional:**

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____anos

Tempo de formado: _____anos

Tempo no cargo: _____anos

Possui algum curso de especialização? Qual (is)? _____

Possui mestrado? () Sim () Não Possui doutorado? () Sim () Não

2ª ETAPA: Entrevista aberta:

Fale sobre a qualidade da assistência em hospitais com base no gerenciamento de riscos segundo sua vivência de enfermeiro.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**-Participante da Pesquisa-****Dados de Identificação**

Título da pesquisa: Qualidade da assistência em hospitais com base no gerenciamento de riscos: vivência do enfermeiro.

Pesquisador (a) responsável: Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck

Pesquisador (es) participante(s): Sílvia Helena de Oliveira Lara

Patrocinador (se houver): sem patrocínio

Nome do participante: _____

Data de nascimento: _____ **CPF:** _____

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: **Qualidade da assistência em hospitais com base no gerenciamento de riscos: vivência do enfermeiro**, de responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck e da mestrandia Sílvia Helena de Oliveira Lara, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo você terá a opção de imprimir uma via deste documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido (a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

11. Esta pesquisa tem por objetivo analisar a qualidade da assistência em hospitais com base no gerenciamento de riscos segundo a vivência do enfermeiro. As políticas de saúde estão envolvidas com a segurança do paciente, tendo em vista os números elevados nas estatísticas relacionadas aos danos evitáveis, resultantes dos cuidados em estabelecimentos de saúde. Diante disso, faz-se necessário analisar a qualidade da assistência em hospitais com base no gerenciamento de riscos na vivência do enfermeiro para saber o que se tem feito para reduzir os riscos e as demandas de implementação. A contribuição deste estudo será fornecer subsídios aos profissionais de enfermagem para desenvolverem suas competências com vistas à maior eficácia no gerenciamento de riscos no ambiente hospitalar. Para a sociedade, contribuirá com a promoção da segurança durante a prestação de cuidados, além de despertar o

compromisso social nos sujeitos que de alguma forma estão ligados ao hospital. E à ciência, implementará o conhecimento científico na temática.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em falar sobre sua vivência, como enfermeiro, em relação à qualidade da assistência com base no gerenciamento de risco em ambiente hospitalar. Para isso, um link será gerado no Skype para a entrevista e será enviado para o seu e-mail pessoal. O Programa Skype permite a comunicação via internet por meio de vídeo e áudio. A entrevista será realizada pela pesquisadora participante, mestranda Sílvia Helena de Oliveira Lara, sendo norteada por um roteiro elaborado pelas pesquisadoras. Antes de iniciar a entrevista será solicitada permissão para a gravação. A entrevista terá duração de no máximo 01(uma) hora e poderá ocorrer em data e horário conforme a disponibilidade do participante. O local será escolhido pelo mesmo, apenas sugere-se uma sala fechada, para que não ocorram interrupções externas e sem outras pessoas no local, apenas o pesquisador e o entrevistado conectados via internet. Os dados serão utilizados apenas para fins científicos e será garantido o anonimato. Ao término, a gravação será salva em pasta criada em Meus Documentos que receberá o nome de Entrevistas Mestrado, armazenada no notebook da pesquisadora participante, sendo este de uso exclusivo da mesma. Serão mantidas em arquivo digital sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa (Art. 17 inciso VI e Art. 28 inciso IV da Resolução CNS 510/2016). Será garantido também ao participante o acesso aos resultados.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer os seguintes riscos mínimos de dimensão física e/ou psíquica: em caso de ocorrer desconforto e/ou constrangimento para responder a entrevista, a mesma será interrompida e realizada abordagem cautelosa do participante, com vistas a reforçar que não haverá identificação do seu nome, que haverá sigilo em relação às respostas, que os dados serão utilizados apenas para fins científicos, mas que, se mesmo assim desejar, pode retirar o seu consentimento prévio. Para os riscos mínimos morais, apontam-se o risco de não garantia de um ambiente que assegure a privacidade do participante durante a entrevista, haja vista que a mesma será realizada pelo Programa Skype e, assim, os pesquisadores não possuem controle sobre possíveis interferências no ambiente onde o participante se encontrará. Nesse sentido, o participante será orientado, no momento de agendamento da entrevista, a escolher um local calmo, em que possa estar sozinho e ter privacidade. Se mesmo assim, durante a entrevista, o participante estiver em um local que não lhe garanta a privacidade, a mesma pode ser interrompida, reagendada ou ainda, o participante poderá retirar o seu consentimento prévio e declinar da participação no estudo. Para mais, no intuito de assegurar o sigilo e a privacidade, as pesquisadoras realizarão a entrevista em salas com as portas fechadas, garantindo que não haja interrupção ou interferências de outras pessoas não envolvidas no estudo, bem como a intenção de evitar ruídos ou outros fatores externos que possam atrapalhar a entrevista. Para garantir o anonimato do participante, as falas transcritas serão identificadas em combinações de letras e números e as gravações armazenadas apenas no notebook da pesquisadora participante e de forma nenhuma serão divulgadas. Em relação à disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, o participante poderá escolher o melhor dia e horário.

4. Ao participar desse estudo você contribuirá para gerar reflexões sobre a qualidade da assistência em hospitais tendo como base o gerenciamento de riscos, contribuir para a literatura sobre a temática e subsidiar estratégias para implementar o gerenciamento de riscos e a segurança do paciente em ambiente hospitalar.
5. Sua participação neste projeto terá a duração de, no máximo, 01 (uma) hora em um único momento (uma única entrevista).
6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa e poderá deixar de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar se justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.
7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação.
8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo pesquisador participante pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização. As despesas serão totalmente ressarcidas mediante apresentação de boleto e/ou recibo fornecido pelas instituições de saúde e do atestado médico comprobatório do dano causado decorrente da participação da pesquisa. O valor da despesa poderá ser depositado em conta bancária do participante e os dados para esse fim fornecidos pelo mesmo.
9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de alguma forma, identificá-lo (a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.
10. Você foi informado (a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

AUTORIZO () / NÃO AUTORIZO ()

A gravação da entrevista realizada por Skype.

11. Você poderá consultar a pesquisadora Zélia Marilda Rodrigues Resck, no seguinte telefone (35) 98876-6308 ou pelo e-mail – zmresck57@gmail.com e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, _____,

CPF nº _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____, ____ de _____ de _____

.....
(Assinatura do participante da pesquisa)

.....
(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

APÊNDICE C – QUADRO 1 – APRESENTAÇÃO DOS CÓDIGOS E EXTRATOS RELEVANTES

(continua)

CÓDIGOS	EXTRATOS RELEVANTES
<p>1 – PROCESSOS ASSISTENCIAIS (amarelo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mapa de riscos/matriz de risco (ferramenta GUT, Protocolo de Londres) (investiga as causas). - Manual da ONA. - Equipes: discute os riscos. - Acompanhamento mensal. - Revisão diária/Análise. - Plano de ação e prevenção/ Plano para o ano - Planilha: saber qual é o risco: o que faz para controlar; como faz para evitar. - Auditoria/in loco. - Organizar. - Equipamentos: controle, validação, manutenção semestral e anual, gerencia equipamentos. - Protocolo: identificação do paciente (pulseira); lesão; queda; medicação (falha de medicação); cirurgia segura; higienização das mãos. - Sistematização de enfermagem: *formulário específico: (controle de lesão, controle de queda,*alergia a medicamentos, prescrição de enfermagem); *avaliação da sistematização; *classificação de escores de riscos. - Métodos aplicáveis. - Processo contínuo e sem fim. - Tem um livro de todas as práticas. - Risco sanitário/farmacêutico. - Antes de iniciar o trabalho/reunião/ recebia material didático/ tinha ciência de como era o serviço.
<p>2 – PROTOCOLOS (azul)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Higienização das mãos/ álcool em gel: acompanhamento; treinamento; integração; parte estrutural/ supervisão. - Uso de EPI's. - Protocolo de cirurgia segura: <i>checklist</i> (pré-operatório, intra-operatório, pós-operatório). - Protocolo de identificação do paciente: pulseiras, identificação de leito. - Protocolo de quedas: grades na cama/escalas de Morse (adulto), <i>Humpty-Dumpty</i> (criança), derrubada (RN)/medidas descritas: identificação beira leito, pulseirinha amarela/contenção química (medicamentos), contenção mecânica (faixas de contenção). - Protocolo de medicação: prescrições, horários para dispensação, horário de prescrição, devolução/registo de alergia/prontuário eletrônico/barreira/ controle de medicações de alta vigilância e dos medicamentos controlados/farmacovigilância/Tasy/farmacêutico/13 certos. - Protocolo lesão por pressão: avaliação de Braden, alimentação específica/ mudança de decúbito de duas em duas horas/ proteção de protuberâncias ósseas com coxins e Tegaderm/monitoramento, avaliação, exame físico/prevenção/filmes protetores, cremes de barreira e hidrocolóides. - Conscientização/treinamento da equipe/ educação permanente. - Colaborador inserido na construção do protocolo/ facilita adesão/mais sucesso/importância deles dentro da instituição.
<p>3 – INDICADORES (escrita marron)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cálculo do impacto <i>versus</i> probabilidade. - Acompanhar riscos. - Semanalmente <i>checklist</i>/frequência dos eventos adversos - Tempo de dispositivos, tempo de internação, tempo de reinternação em 24 horas, permanência no leito, tempo de permanência em UTI. - Indicadores para todos os protocolos/acompanhamento/está ou não tendo resultados.

(continuação)

CÓDIGOS	EXTRATOS RELEVANTES
4 – NOTIFICAÇÕES (verde)	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de notificação de eventos adversos/não conformidades. - Discute junto com a equipe o porquê que aconteceu. - Abordagem punitiva. - Formulário/ manual/ sistema eletrônico. - Plano de ação/execução/resolutividade.
5 – TECNOLOGIA (azul fosco)	<ul style="list-style-type: none"> - Código de barras quando a medicação é dispensada. - Computadores. - Informática. - Prontuário eletrônico. - Inovação tecnológica. - Programas: <i>Tasy</i> (cirurgia segura/ controle de alergias).
6 – INOVAÇÃO (escrita em vermelho)	<ul style="list-style-type: none"> - Gerenciamento de riscos pra COVID/planilha para COVID 19. - Antes a gente trabalhava com risco ocupacional
7 – DIFICULDADES (verde musgo)	<ul style="list-style-type: none"> - Troca de funcionário/ Não é chegar e começar/mudanças de funcionários. - Tem que ter uma cultura mais implantada. - Conscientizar as pessoas. - Esse quadro acaba se tornando uma decoração. - Um problema essa questão de higienizar as mãos. - Protocolos que eram livros/muito teóricos. - Elas querem quanto mais executar suas tarefas/chegar às 07h, sair às 19h. - Resistência em aprender novidades. - Muito formulário/copia e cola. - Manutenção preventiva/aquisição/ custo muito alto. - Gasta uma energia/enfermeiro tem muitas funções. - Protocolo cirurgia segura: 30% de adesão/equipe médica não aderiu/os técnicos ficavam com vergonha. - Dificuldade na implantação dos protocolos leva a eventos adversos. - A própria liderança não entendeu. - A gente não conseguiu andar com essa escala (escala derrubada) /avaliação da mãe. - Faziam tudo, não registravam nada/ Nada documentado. - Os treinamentos feitos/não deu base que o colaborador precisa. - Impossível auditar: mil internações/ 600 cirurgias/se não tem a informação no <i>Tasy</i>. - Dupla checagem: nem sempre é possível, instituição muito grande. - Trabalho longo: mudança de cultura/direção alinhada a identificar culpado. - Salários baixos, duas jornadas, situações precárias de trabalho/ trabalha por muito amor/ quadro de funcionários reduzidos/ sobrecarregados. - Hospital pequeno/mesmo responsável pela assistência e pelo gerenciamento de riscos/dificuldade de implementação/dificuldade de acesso a informações. - Dificuldade na implantação e implementação de protocolos. - Frustração do enfermeiro.
8 – IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO (verde escuro)	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro/papel principal/líder/ mostrar a importância dos riscos/postura firme. - Responsável pelo plantão.
9 – FACILIDADES (azul vivo)	<ul style="list-style-type: none"> - Quanto mais simples, mais fácil. - <i>Checklist</i>. - Três protocolos em um formulário/aplicável. - Fluxograma simples. - Prontuário eletrônico: facilita auditoria, conferências, indicadores e checagens. - Controle de equipamentos/preventiva. - Orientar/ entender a questão do risco/ melhor entendimento em hospitais privados. - Rede particular/implantação de protocolos de gerenciamento de riscos/ médico entende os protocolos/ equipe multidisciplinar entende como “upgrade” da assistência. - Hospitais de menor porte.

(conclusão)

CÓDIGOS	EXTRATOS RELEVANTES
9 – FACILIDADES (azul vivo)	<ul style="list-style-type: none"> - Poucos médicos. - Rede de apoio com as coordenações do Núcleo de Segurança do Paciente/alta gestão/ANVISA/melhores resultados - Sigilo na notificação/maior adesão. - Núcleo de atenção à saúde/Unimed/convênio/particular/anestesiologista fica lá/ agendar avaliação. - Aprender com os experientes/ educação permanente.
10 – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (escrita azul claro)	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo lesão por pressão: estomaterapeuta, nutróloga, nutricionista, fisioterapeuta e enfermagem. - NSP: tem que ter uma pessoa da engenharia, da tecnologia da informática/ engenharia de manutenção/ enfermeira assistencial/ coordenador de qualidade/ médico/ protocolos mais efetivos.
11 – MISCELÂNEA (sem cor)	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital enorme/corpo clínico aberto. - Cirurgião vai uma vez no mês/ a gente não vê. - Certificação. - Mas a gente tem que se desdobrar, acorda às quatro, estuda até às seis. - Meu propósito. - Uma área que está crescendo/tem que ficar atualizando mesmo. - Meu sonho é fazer mestrado. - Rede privada: obrigada a mandar certificados anualmente/participação em congresso/enfermeira/ não participa da Sociedade Brasileira de Qualidade, eu tô desatualizada. - Rede pública: Aqui a gente não tem essa cobrança direta - Experiência na rede particular é bem diferente da rede pública. - Não vê na rede particular (queda). - Rede pública: quedas com dano.

Fonte: Do Autor.

APÊNDICE D – QUADROS 2a 2b 2c – APRESENTAÇÃO DOS DEPOIMENTOS DOS ENFERMEIROS

QUADRO 2a: Apresentação dos depoimentos dos enfermeiros participantes no tema 1- Processos Assistenciais, nos subtemas 1.1- Protocolos de Segurança do Paciente, 1.2- Sistematização da Assistência de Enfermagem e 1.3- Mapa de Risco. Alfenas-MG, março – abril, 2021.

(continua)

<p>Tema 1: Processos Assistenciais</p> <p>Subtema 1.1 – Protocolos de Segurança do Paciente</p>	<p>Higiene das mãos</p>	<p>E1 - Não abordou.</p>
		<p>E2 - Higienização de mãos, a gente faz acompanhamento, a gente tem EPI aqui. A gente acompanha a utilização do álcool em gel.</p> <p>E2 - Nós temos dispenser de álcool em gel no hospital todo, todos são identificados. A gente orienta reposição para as meninas da higiene. A gente tem um controle bom dessa questão de higienização de mãos.</p> <p>E2 - A gente faz treinamento anual de higienização de mãos, institucional, uma vez por ano. Todos os funcionários quando são admitidos, a gente faz um processo de integração, aonde eles são orientados a questão da higienização das mãos, da importância...</p>
		<p>E3 - Não abordou.</p>
		<p>E4 - Na parte estrutural existiam bastante bancadas ou pias disponíveis. O supervisor fazia a fiscalização da lavagem das mãos e... orientava a fazer quando saísse ou entrasse no setor, ... antes e após manipular o paciente. Então tinha uma cobrança muito grande... Nas entradas dos setores, as torneiras continham ozônio pra higienização das mãos também pra melhorar a efetividade.</p>
		<p>E5 - No quesito higienização de mãos que a gente trabalha... faz duas atividades intensivas ... em maio e em outubro, dada a importância da higienização das mãos ...</p>
		<p>E6 - É complicado a gente avaliar... a lavagem das mãos... a gente não tem pessoal pra avaliar <i>in loco</i>... A gente avalia mediante algum evento adverso relacionado à infecção, sítio cirúrgico... infecção do acesso central... a gente vai saber se realmente o médico lavou as mãos ... é muito complicado de se fazer. Você ficar <i>in loco</i> ali olhando como que cada um higieniza as mãos... a gente vê o consumo do álcool em gel e o sabão. Agora mudou muito... a pandemia, ela veio trazer com força o que a CCIH fala sempre... higienizar as mãos...</p>
		<p>E7 - ... A gente tem um formulário para avaliar dentro das unidades assistenciais a higienização de mãos... E aí o time de higiene de mãos criou pequenos times em algumas unidades, que são os próprios funcionários da unidade, que de certa forma ajuda monitorar essa adesão. Então, eles têm uso de formulários, que são impressos. E aí, mensalmente a gente recolhe...</p> <p>E7 - Então, é uma estratégia desse time que a gente consegue incorporar para avaliar esse protocolo de higiene de mãos ... tem também ações educativas, cronograma anual ... Então, é na semana nacional de higiene de mãos a gente tem as ações... todo ano... no mês de maio... E também... temos treinamentos institucionais... anualmente... para higienização de mãos... exigência pela legislação...</p>
		<p>E8 - Outras coisas que a gente faz... campanha de higiene das mãos... cartazes fixados para incentivo... na instituição toda tem pontos de álcool, dentro dos quartos, nos corredores, para não ter aquela questão de dificuldade de acesso.</p>

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.1 – Protocolos de Segurança do Paciente	Cirurgia Segura	E1 - Não abordou.
			E2 - E a questão da cirurgia segura a gente tem todo o processo de cirurgias implantado. A gente tem o <i>checklist</i> no setor de internação, desde a porta. O paciente não interna se ele não tiver o termo de consentimento livre e esclarecido e a ficha de avaliação pré-anestésica. Todo paciente eletivo tem que ter esses documentos.
			E2 - Depois que ele interna, tem o <i>checklist</i> já no setor de internação... tem o <i>checklist</i> dentro do bloco.
			E2 - Dentro do centro cirúrgico tem o quadro onde a circulante fala em voz alta todas aquelas perguntinhas clássicas da cirurgia segura.
			E2 - Tem um tempo bom que a gente faz esse processo da cirurgia segura e tem funcionado bem.
			E3 - O checklist inicia a partir do momento que o paciente é assistido, desde a recepção. E na sala do Centro Cirúrgico é realizado time out e após realizar o procedimento também.
			E4 - ... Para as cirurgias seguras, havia um <i>checklist</i> que era feito no pré-operatório.
			E4 - No momento do intraoperatório tem, dentro da sala, uma enfermeira responsável para checar todos os equipamentos e número de materiais utilizados.
			E4 -... No pós-operatório, o enfermeiro responsável, aplicava um instrumento nesses pacientes pra saber como foi a experiência: ele teve dor, se ele teve algum mal-estar, se ele teve alguma reação, se teve algum evento adverso relacionado a ao período pós-operatório, como foi a recuperação pós-anestésica.
			E5 - ... A gente tem o <i>checklist</i> é estipulado, a equipe é treinada a fazer...
E5 - ... Às vezes, a gente pega um <i>checklist</i> que foi só o técnico de enfermagem que preencheu... nós temos essas deficiências... Quem participa mais ativamente neste <i>checklist</i> é o técnico e o circulante de sala...			
E5 - ... A gente tem as cirurgias eletivas e as de urgência também... dá sim pra fazer... A gente precisa do empenho da equipe... Esse é um dos protocolos que a gente tem que voltar a trabalhar mais intensivo... O <i>checklist</i> é preenchido mais a gente sabe que a qualidade desse <i>checklist</i> não está bacana...			
E6 - ... A gente tem também o protocolo de cirurgia segura... trabalha com o <i>checklist</i> de cirurgia segura. ... Começa na internação ou de qualquer lugar que o paciente for fazer um procedimento dentro do bloco cirúrgico, ele vai fazer um <i>checklist</i> de cirurgia segura daquele paciente primeiro. Aí, na hora que ele está lá no bloco cirúrgico, a equipe do bloco cirúrgico também responde a outro questionário com perguntas relacionadas ao procedimento cirúrgico que contém também o risco de alergia, a medicamento, ao iodo ... e a identificação do paciente com a pulseira azul ...			
E7 - Da cirurgia segura... nós temos o monitoramento... que entra no protocolo de cirurgia segura. Nós temos o monitoramento do uso profilático dos antibióticos... nós temos gerenciamento mensal ... um <i>feedback</i> que é dado mensalmente para a equipe do centro cirúrgico... de como tá sendo feita essa profilaxia cirúrgica dos pacientes... Tem a questão... dos momentos cirúrgicos... identificação do paciente... a questão... da lateralidade... da necessidade de hemocomponentes... a questão das próteses, do pós ato cirúrgico, da conferência dos instrumentais cirúrgicos, das gazes...			
E7- Inicialmente alguns formulários eram impressos, então eram colocados na sala, dentro do centro cirúrgico. Por exemplo, na questão da cirurgia segura, eles eram colocados em todas as salas e aí o preenchimento pela equipe em cada procedimento. E com o passar dos anos... esses impressos acabaram sendo incorporados no sistema informatizado. Então, hoje nós estamos com uma responsabilidade um pouco maior porque, por exemplo, de todos aqueles itens do protocolo de cirurgia segura... existem lacunas e itens a serem preenchidos... O prontuário, na verdade, é uma ficha cirúrgica que hoje ela é informatizada. Os profissionais preenchem para cada procedimento de cada paciente... E aí, isso, mensalmente é filtrado e a gente consegue os indicadores... pelo gerenciamento de riscos. E aí vai fazendo as intervenções pontuais... e o monitoramento... de todos os itens do protocolo.			
E8 - É... de cirurgia segura... que vem desde uma avaliação pré-anestésica ... lá no hospital, nós montamos na sala cirúrgica... a gente montou o quadro de checagem da cirurgia segura...			

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.1 – Protocolos de Segurança do Paciente	Risco de Quedas	E1 - Acho que as grades na cama foram essenciais para evitar a queda do paciente.
			E2 - Porque às vezes um paciente quando entra, ele não tem risco de queda, mas às vezes durante o período de internação, ele pode desenvolver esse risco. Às vezes, quando ele toma uma anestesia que deixa ele com risco.
			E3 - E a gente identifica esse paciente que tem risco da queda com uma pulseirinha amarela. Na verdade, eles avaliam risco de queda através da escala de Morse no adulto. Para a criança a gente usa Humpty-Dumpty. E do RN a gente... eu cheguei é...eu cheguei a tentar implantar uma escala de derrubada porque a criança não cai, não cai né, ela é derrubada.
			E4 - De acordo com a complexidade do paciente, se ele estava em uso de dieta, se ele estava em uso de noradrenalina, se ele estava em uso de tubo orotraqueal, iam somando pontos e a cada ponto somado, a gente tinha um cuidado dobrado com esse paciente.
			E5 - ... A gente fez uma diretriz de quedas no hospital... nosso paciente é específico... Antes a diretriz de queda estava muito relacionada ao idoso... A gente tem idoso, mas é idoso de trauma, é diferente. Então, nossa abordagem é mais voltada para a contenção química e a contenção mecânica... E5 - Para a contenção química a gente fez um POP e foram estipulados os tipos de medicações para cada grupo: o paciente idoso, o paciente de trauma, o paciente em abstinência ... Então, quando o paciente entrar... tem aquele pacote de prescrição conforme o perfil de paciente... que está estipulado. E a contenção mecânica geralmente é usado faixa de contenção... nos membros... Aquela que tinha que fazer... de crepom, ... gaze estéril... micropore... esparadrapo e... amarra com crepom. E5 -... A gente fez um estudo, que quantificou quanto que ficaria uma contenção aqui do paciente... ficaria mais de trezentos reais, com o material usado, com a hora do profissional, esparadrapo. A gente fez essa conta e a gente criou um modelo, adaptou... fazer descartável, de forma mais anatômica... E a gente chegou num modelo de faixa... para aplicar no hospital, está esperando só a confecção das faixas. E5 -... Então, a gente está com um volume de faixas para implantar. O protocolo está escrito... o POP está ok. Uma equipe está treinada. A gente pegou uma equipe de referência... fez o plano piloto, deu certo... Só falta... confeccionar... um modelo fácil e específico. A gente usou tecido do hospital, fez um estudo do tecido que a gente tinha disponível. É um modelo que não garroteia o membro... tem um furinho no meio que passa a faixa e enrola a faixa só depois amarra na cama... se puxar... não garroteia... E por dentro tem uma flanelinha e que o tecido não tem costura... se fizer movimento de puxar... não causa nenhum dano... É bem melhor que a trama da gazinha, que... é aberta... dura... que machuca...
			E5 - Então, outra abordagem de quedas... é na criança... totalmente diferente. A gente está com um desafio. A gente está aguardando a escala de Humpty-Dumpty... uma escala específica... para a criança... na criança você vai avaliar outras coisas... A de Morse não avalia criança... Só precisa ser comprado o direito de usar... já está nos trâmites... na fase final de negociação... para a gente ter o direito de utilizar essa escala aqui, que é bem específica... é bem interessante.
			E6 - ... O risco de queda, nós temos também... a gente segue a escala de Murse, se não todo mundo cai... fechar mesmo... para cuidar daquele paciente que realmente tem potencial para cair. A gente implantou a escala na relação dos nossos cuidados... e passa os nossos protocolos para a família para ela ser uma cuidadora.
			E6 - Então, a gente envolve muito a família. A gente coloca pulseirinha. O paciente que tem risco de queda moderada e grave recebe a pulseira vermelha. Ele recebe orientações e a família para deixar a grade elevada e sempre chamar a enfermagem para poder ajudar...
			E6 -... porque a enfermagem tem sua função de fazer tudo, mas é importante envolver a família para ela saber porque que tá colocando a pulseirinha, para ela ajudar a gente no cuidado com o paciente, porque a gente também...nós somos corresponsáveis...
E7 - ... Mas é uma escala que a equipe assistencial da enfermagem utiliza para mensurar o risco do paciente. No momento da admissão e diariamente, a enfermagem pontua essa escala para avaliar o risco de queda durante o período de internação...			
E8 - O de prevenção de quedas também, a gente também implantou. E eles... em questão de orientação do paciente, orientação do acompanhante, manter essas grades elevadas...			

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.1 – Protocolos de Segurança do Paciente	Risco de Lesão por Pressão	E1 - Não abordou.
			E2 - A pulseirinha verde é de lesão por pressão.
			E3 - E o de lesão por pressão a gente trabalha com avaliação de Braden diariamente, pelas nossas enfermeiras a cada 24 horas elas avaliam. Então... a nutróloga, por exemplo, ela já vê que o paciente está com risco elevado de desenvolver lesão por pressão, ela já entra com uma alimentação específica.
			E4 - ... Havia um protocolo pra prevenção de lesões, que seriam as mudanças de decúbito de 2 em 2 horas realizado pela equipe de enfermagem e fisioterapia. E além da mudança de decúbito também a proteção de protuberâncias ósseas com coxins, óleo de girassol e Tegaderm. E4 - ... O enfermeiro supervisor fazia as requisições dos materiais e supervisionava a mudança de decúbito, as atividades. A CCIH liberava os materiais: óleo de girassol, Tegaderm. E4 - ... A cada 24 horas era feito a escala de Bradem. Avaliava se o paciente estava sob uso de drogas vasoativas, se ele recebia dieta enteral, se estava sob ventilação mecânica, sedação. Tinha um instrumento também que levava todos esses dispositivos e drogas em consideração.
			E5 - ... Em relação à lesão por pressão, a gente tem uma equipe pequena de tratamento de lesões, mas que consegue atuar... no hospital... A gente fala equipe de feridas... trabalha na prevenção de lesão por pressão. É composto por uma enfermeira, de grande experiência... acadêmicos, uma técnica de enfermagem... aí eles trabalham fazendo os curativos no hospital... analisando os mais graves e fazendo busca ativa... outro mecanismo de busca ativa é... para prescrever uma cobertura especial a gente precisa da aprovação dessa comissão... precisa prescrever no sistema para pegar na farmácia... se o enfermeiro precisa de AGE para usar numa pele do paciente, precisa passar pela farmácia. Então, eles conseguem fazer essa busca ativa nesse sentido de gerenciar todas essas lesões que vão aparecendo no hospital.
			E6 - ... A gente utiliza uma escala de Braden no protocolo lesão por pressão. Braden, ela pontua o risco que o paciente tem de leve, moderado e alto e dentro dele a gente faz as considerações que tem que fazer com o paciente. A gente utiliza colchão pneumático ou colchão de ar, o óleo, a mudança de decúbito, tem um relógio também que marca a posição que o paciente fica... Na lesão de pressão a gente faz isso. E o enfermeiro, ele avalia isso tanto o enfermeiro do dia e da noite. E6 - ... A gente envolve a família, caso a enfermagem não chegue no horário que é o posicionamento de mudar, eles chamam a gente pela campanha. Então a gente tende aproximar bastante a família pra nos ajudar aí nessas escalas de Bradem e de Murse.
			E7 - Aí a gente sentiu necessidade de ter ações mais específicas nesse momento, que as unidades com lesões aumentaram muito... um exemplo foi a UTI. Então, o time (responsável pelo protocolo de lesão por pressão) se reuniu para fazer, uma semana de sensibilização... dentro do hospital, para relembrar a todos... que a lesão por pressão, ela existe... e que as medidas preventivas deviam ser reforçadas... Houve uma intervenção mais específica e duradoura na UTI, onde a gente tinha... muitos eventos ocorrendo. ...A gente começou a ter uma estratégia... uma avaliação mais rigorosa, criteriosa da integridade cutânea diária... reforçou nas aplicações das barreiras preventivas, que é um dos cremes de barreira... as placas de hidrocolóide... em conjunto com a equipe, a gente percebeu que o nosso protocolo de mudança de decúbito estava de certa forma, impossível de se fazer. Então, uma discussão conjunta com todos envolvidos... fizemos uma revisão do protocolo de mudança de decúbito... junto com as equipes... que estão dentro da unidade, nós readaptamos... os horários, os posicionamentos dos pacientes... tendo rigor maior na aplicação do protocolo... Existem lesões aí que exigem intervenção maior... uma intervenção mais invasiva... a gente tem avaliação mais rigorosa da estomaterapia... havendo a necessidade de uma intervenção mais profunda...cirurgia plástica...
			E8 - ... Também foi implantado o protocolo de lesão por pressão... Ter essa cultura de monitoramento, de avaliação, de realizar exame físico bem feito... Pegar no pé sobre a questão de mudança de decúbito, é importante estar fazendo. A importância de fazer a reavaliação desse paciente a cada 24 horas... com a escala de Bradem... Ter também um profissional especialista ... um estomaterapeuta, ajuda muito... Aplicar coxins de materiais diferentes para prevenção. Hoje a gente usa filmes protetores... até mesmo um paciente que nem tem lesão ... já põe esses filmes...

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.1 – Protocolos de Segurança do Paciente	Medicação	<p>E1 - Não abordou.</p> <p>E2 - Na questão da medicação a gente faz uma distribuição de medicamento por horário. A gente tem umas fitas, a gente tem o horário de prescrição que é até o meio dia. Depois que o médico prescreve, essa prescrição vai para a farmácia. A farmacêutica avalia as prescrições. As medicações são liberadas em saquinhos fechados e lacrados por horário...</p> <p>E2 - ... Antigamente a gente liberava tudo junto aí sobrava muita coisa... era bem confuso. Depois a gente liberava para 24 horas, mas mesmo assim ainda ficava, sobrava alguma coisa, tinha devolução. Hoje a gente libera a cada 12 horas. Então ela libera meio dia, do primeiro horário até às 19h e depois das 19 às 07 da manhã. Depois das 07 até a uma para gente tentar reduzir essa questão da quantidade de medicação que fica no postinho e questão da devolução mesmo...</p>
			<p>E3 - Se ele tiver, por exemplo, alergia a dipirona e o médico colocar restrição, ninguém consegue prescrever nem liberar dipirona pra esse paciente. E a gente tem também o farmacêutico que avalia. Então, todos os medicamentos controlados, eles são colocados em saquinho laranja, e todos os medicamentos de alta vigilância são colocados num saquinho vermelho. Além disso, a gente tem o protocolo que tá bem instituído, e tá no Tasy. Bom, a gente tem é, além do registro da alergia, que é uma barreira com relação ao risco de intercorrências relacionadas à alergia, a gente tem a questão visual das medicações de alta vigilância e dos medicamentos controlados. Ele tem que fazer, na verdade... ele têm treinamento com relação a... aqui a gente utiliza os 13 certos da administração da medicação. Então, tem que checar duas vezes o que já checaram. Então, dose, via, quantidade, horário, paciente...</p>
			<p>E4 - As medicações potencialmente perigosas eram sempre em negrito, com destaque. E essas medicações, antes de serem administradas, deviam ser feitas dupla checagem por dois profissionais.</p> <p>E4 - A dupla checagem consistia na verificação da dose, via, concentração, volume e principalmente a identificação do paciente, além de verificar novamente a placa beira-leito e a pulseira.</p> <p>E4 - O profissional desde o primeiro dia de trabalho dele, ele já era instruído a verificar nome, data de nascimento, nome da mãe, número de registro, dose, via e sempre com a dupla checagem com o colega de trabalho, fazendo a checagem dessas medicações potencialmente perigosas.</p> <p>E4 - O enfermeiro do setor aprazava os medicamentos</p> <p>E4 - Imprimiam-se duas vias, uma cópia ia para a farmácia, onde eram feitos os kits das medicações de acordo com os horários. Conforme se dava o horário a enfermagem retirava da farmácia e fazia o preparo da medicação.</p> <p>E4 - É... enfermaria, quando era cuidado de média complexidade ou baixa complexidade, liberaram de 06 a 12 horas e dentro da Unidade de Terapia Intensiva era liberado apenas para o horário.</p>
			<p>E5 - ... Quando o profissional “logar” ele tem uma alerta de algum medicamento. ... A gente já tem no sistema da medicação... a gente já tem no sistema em que eu consigo... travar as prescrições de alguns medicamentos potenciais de risco... dosagem, volume, diluente, já barra... se eu for prescrever um medicamento potencial de risco que, às vezes, um zero de ml vai ser fatal para o paciente, eu já tenho muitos alertas... muitas ferramentas que travam a prescrição desses medicamentos... Aqui a gente tem um farmacêutico que é referência, do IFPI, que é de segurança do paciente, nível nacional e mundial também... Ele é uma pessoa que trabalha... ligado ao grupo de risco... referência para tudo que a gente tem aqui. Ele tá por dentro das legislações, dos alertas de tecnovigilância... Ele atualiza a gente... diariamente... A gente trabalha em conjunto... nossas fichas técnicas de segurança medicamentosa, os dados que a gente tem que gerar, consertar as prescrições erradas, se administradas... tudo passa tudo pela análise dele.</p>

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.1 – Protocolos de Segurança do Paciente	Medicação	<p>E6 – Aí a gente tem também o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, que é um protocolo grande, que vai desde a farmácia até a enfermagem, médico que é assegurar administração segura no paciente. Então, a enfermagem tem o papel fundamental de ter os nove certos na cabeça. Desses nove certos acho que até aumentou, acho que é onze ou treze. Mas, agora não tem nada ... oficial, mas até aumentou. Mas a gente também tem essa cultura de todo colaborador quando vai ter esse primeiro contato com a medicação, ele recebe esse treinamento. A farmácia também, ela ajuda muito em relação às prescrições incorretas, as dosagens... a farmacêutica faz análise clínica dessas prescrições. É um protocolo enorme, mas assim, ele é bem importante porque fala um pouco da farmacovigilância, de reações adversas, de interação medicamentosa. Então, isso tudo é barreiras que a gente tem no hospital que nesse protocolo contempla...</p> <p>E6 - O médico prescreve.</p> <p>E6 - ... O médico prescritor faz a prescrição dos medicamentos, os medicamentos caem na farmácia e a farmácia avalia. Como já tem uma avaliação desse paciente... sabe o histórico... muitas vezes, barra o medicamento que ele é alérgico ou a gente coloca uma pulseirinha ou uma bolinha azul nas prescrições...</p> <p>E6 - ... Então os médicos que tinham pacientes que era alérgico, muitas vezes os médicos prescrevem. Nem sabe que o paciente é alérgico. Ele prescreve... A enfermagem, como faz sua admissão, anamnese, ela identifica se o paciente é alérgico. Aí, a gente coloca pulseirinha azul no paciente e coloca uma bolinha azul na prescrição, que vai para a farmácia, paciente alérgico... Isso era bom porque a farmácia não dispensava.</p> <p>E6 - ... A farmacêutica, ela avalia a dose, a via, na verdade, a posologia do medicamento... para evitar superdosagem ou até mesmo uma baixa dosagem de medicamento que é indicado para o paciente.</p> <p>E6-... A gente identifica com uma bolinha vermelha os medicamentos potencialmente perigosos... por exemplo, o midazolam, tem alguns medicamentos ... que a gente coloca na prescrição uma bolinha vermelha. E a equipe de enfermagem foi treinada, sabe que quando chega para eles esse medicamento com a bolinha vermelha, eles têm que saber a forma correta de administração, os eventos adversos que esse remédio pode ter com o paciente.</p> <p>E7- Então, do protocolo de segurança medicamentosa, eu acho que é um dos maiores desafios porque, o que que a gente monitora? São os erros de medicação... que vai toda cadeia medicamentosa... desde do erro da dispensação... até o erro lá na ponta da administração errada do paciente... Então, essa cadeia que a gente monitora.</p> <p>E8 -... Cada paciente tem a sua caixa identificada para medicação... A medicação do paciente é distribuída em fita no plantão de 12 horas, toda separada... com tudo que o paciente vai precisar para fazer administração de uma dipirona, por exemplo... na hora que apanha essa caixa, faz-se a dupla checagem... com alguém da farmácia e alguém da enfermagem. Os dois pegam a prescrição e vai checando tudo certinho por horário. Uma cópia dessa prescrição fica na farmácia... O enfermeiro faz o aprazamento e assina, o médico assina, a enfermagem checa se está tudo certo. E depois o da farmácia também checa confirmando que está tudo certo para não ter risco de duplicidade, medicação errada e assim por diante.</p> <p>E8 -... tem também o protocolo de administração de medicação... identificação das medicações... altamente perigosas... identificá-las... na farmácia a gente colocou em locais diferentes para não ter conflitos de nomes parecidos... os altamente controlados também só saem da farmácia no momento que é para ser administrado...</p>
---------------------------------	---	-----------	--

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.1 – Protocolos de Segurança do Paciente	Identificação do Paciente	<p>E1 - A identificação de leito, que acho que é essencial que tem em todos os leitos. Que consta o nome do paciente, a data de nascimento, o nome da mãe, os riscos a que esse paciente está sujeito, seja úlceras por pressão, broncoaspiração...</p> <p>E1- A identificação de leito evita os erros de administração de medicamentos. A gente identifica assim que o paciente é admitido na unidade.</p> <p>E1-... Normalmente a enfermeira que é a responsável pelo plantão que faz essa identificação do paciente. Mas, diante às vezes da correria ou alguma coisa... o técnico vai identificar. A gente sempre orienta eles perguntarem: Seu nome é esse mesmo? A data de nascimento é essa mesma? O nome da mãe, porque aí evita de ter erros também de identificação. Porque às vezes a recepcionista digitou o nome errado... na hora de copiar e colar na plaquinha, antes a gente sempre pergunta certinho para ver se está batendo com os dados que é passado.</p>
			<p>E2 - A identificação do paciente é feita com uma pulseira branca.</p> <p>E2 - Aí a gente tem essas três pulseiras: a vermelha, a verde e a azul, tá.</p> <p>E2 - A gente também tem a beira leito, acima do leito do paciente, uma identificação do paciente e lá também a gente coloca uma bolinha, se é risco de queda, lesão por pressão ou alergia. Se ele tiver alergia, a gente coloca a bolinha azul e escreve na frente qual que é o risco.</p>
			<p>E3 - Então a gente tem o protocolo de identificação do paciente, aonde a gente tem lá três marcadores de conferência, né, nome da mãe... a etiqueta... é, é, é... a gente tem um gerenciamento de riscos é... beira-leito.</p>
			<p>E4 - O protocolo iniciava desde a admissão do paciente colocando os identificadores: nome completo, data de nascimento, nome da mãe... A equipe da enfermagem ficava habituada a checar esses dados.</p> <p>E4 - A gente instalava pulseira, placa a beira-leito e fazia o gerenciamento de riscos para a segurança do paciente: grades elevadas, cabeceira, risco de sangramento, risco de queda, flebite, pneumotórax, pneumonia associada à ventilação mecânica.</p> <p>E4 - ... o enfermeiro, com a documentação da internação fazia a conferência dos dados: nome, idade, nome da mãe, número de registro e prontuário... Conferia os dados também com o paciente quando ele tinha capacidade de se comunicar.</p> <p>E4 - A recepção que colocava a pulseira que continha todos esses dados.</p>
			<p>E5 - A gente conseguiu identificar alergia aqui no hospital. A gente não tinha um padrão de identificação de alergia. A gente conseguiu introduzir a pulseira de alergia...</p> <p>E5 - Para identificação, a gente tem a pulseira com código de barras com... três identificadores mínimos... A gente tem um grande número de não identificados aqui. Nesse caso, ele tem o número de prontuário, sexo, pelo menos o sexo que hoje é uma questão... difícil de falar... Ah sou um homem, sou um homem no corpo de uma mulher, mulher no corpo do homem... chega com o paciente com genitália masculina ou feminina a gente tem que colocar o sexo. A gente coloca na pulseira o sexo, o prontuário, o número de atendimento, e tem o código de barras único.</p>
			<p>E6 - ... No hospital a gente coloca em todos os pacientes que internar,... uma pulseira de identificação com nome completo, data de nascimento... só esses dois identificadores... no pronto atendimento... E também nas outras áreas, por exemplo, de exames, o paciente vai no laboratório, sempre tem que apresentar documento com foto para colher o material. No diagnóstico, fazer um RX, uma tomografia também tem que se usar a identificação com o RG ou algum documento que tem foto, que são esses identificadores que a gente trabalha no primeiro protocolo... identificação do paciente.</p>
			<p>E7 - ... Nós temos o time de identificação do paciente... para todos pacientes que dão entrada no hospital... mesmo que vão para uma consulta... ambulatorial... um procedimento... dentro do hospital, que não vão precisar de internação... tem identificação, que se dá com uma pulseira de identificação... Então, nós trabalhamos</p>

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais Subtema 1.1 – Protocolos de Segurança do Paciente	Identificação do Paciente	<p>muito essa questão da identificação do paciente... todos os pacientes com pulseiras A pulseira ela tem aquelas informações necessárias... nome completo do paciente, data de nascimento, nome da mãe, e aí tem um quarto elemento que no caso para nós aqui é o prontuário do paciente.</p> <p>E7-... Nós focamos na identificação com as pulseiras... elas sejam revisadas diariamente ... Porque as pulseiras podem se desgastar, podem se apagar e a gente pode ter uma dificuldade na visualização. Então, elas são trocadas quando necessárias. E trabalhamos com a equipe... até mesmo com os pacientes sobre a importância da identificação... prevenção dos eventos... principalmente, aqueles erros de medicação... erros de procedimento que podem estar sendo realizados no paciente errado... E a questão também... não só da identificação do paciente em si com a pulseira... mas também a identificação dos impressos, do prontuário do paciente... Então, hoje, é padronizado em todos documentos do paciente que se tenha a etiqueta e colocada em todas as folhas... por algum motivo... faltou pulseira, faltou etiqueta impressa... a gente tem que preencher à mão... o nome completo do paciente, data de nascimento, e o prontuário...</p>
		<p>E8- De identificação também foi a mesma coisa. Juntou todo mundo desde da recepção, até a moça da assepsia, farmácia, administração... pessoal da informática... todo mundo para saber como que iria funcionar a questão da identificação do paciente. Então, teve que comprar até uma etiquetadora... para poder fazer a pulseirinha...</p> <p>E8-... Montar a etiqueta (de identificação) com os identificadores: ... nome da mãe, registro, prontuário... médico... quarto, leito... para identificação do leito e da caixa (medicação) do paciente...</p>
		<p>E1 - Não abordou.</p>
	<p>E2 - A gente tem EPI aqui.</p>	
	<p>E3 - Não abordou.</p>	
	<p>E4 - Não abordou.</p>	
	<p>E5 - Todo mundo tem que usar máscara. Principalmente agora na pandemia a gente passou muito vídeos, além dos protocolos, do uso da N95, da higiene das mãos... paramentação/desparamentação...</p>	
	<p>E6 -</p>	
	<p>E7 -</p>	
	<p>E8 -</p>	

QUADRO 2a: Apresentação dos depoimentos dos enfermeiros participantes no tema 1- Processos Assistenciais, nos subtemas 1.1- Protocolos de Segurança do Paciente, 1.2- Sistematização da Assistência de Enfermagem e 1.3- Mapa de Risco. Alfenas-MG, março – abril, 2021.

(continuação)

<p style="text-align: center;">Tema 1: Processos Assistenciais</p> <p style="text-align: center;">Subtema 1.2 – Sistematização da Assistência de Enfermagem</p>	<p style="text-align: center;">Classificação de riscos</p>	E1 - Os riscos a que esse paciente está sujeito, seja úlceras por pressão, broncoaspiração.
		E2 - ... O enfermeiro realiza o controle de riscos ... E também nos setores tem a matriz para pessoa saber qual que é o risco, se acontecer o que que ela faz. Então quando a enfermeira, faz a sistematização ... ela consegue já identificar o risco do paciente, tanto para quedas, como lesão por pressão ou alergias.
		E3 - Então, assim que o paciente interna, é..imprime já no Tasy, uma ficha com os dados dele e lá tem uns lugares pra enfermeira marcar, ticar os riscos que esse paciente tem. Então se ele tem risco, se ele tem alergia, se ele tem risco para lesão por pressão, se ele tem risco pra queda, né. Então, todos os riscos eu tenho que... que colocar lá. A gente não trabalha muitos riscos. A gente trabalha alergia, queda, lesão por pressão e...
		E4 - ... placa a beira-leito, já fazia o gerenciamento de riscos para segurança do paciente, seja, grades elevadas, cabeceira, risco de sangramento, risco de queda, flebite, pneumotórax, pneumonia associada a ventilação mecânica. Então, já abria os protocolos da admissão até a saída do paciente.
		E5 - É... a pulseira de identificação do risco de alergia que eu te falei que a gente conseguiu implantar, que ela já tá funcionando, bacana, né
		E6 - Porque o risco é uma possibilidade de acontecer um dano. A gente tem que classificar ele e a gente tem que conhecer eles. Aí como que a gente classifica eles? A gente classifica pela matriz GUT que é urgência, gravidade, urgência e tendência.
		E7 - Não abordou.
		E8 - Seja com igual, desde o início do protocolo de identificação do paciente, na hora que ele chega, os de... depois os de análise de risco. Risco de lesão, de queda e outros demais, né, cirúrgico e assim por diante.
	<p style="text-align: center;">Prescrição de Enfermagem</p>	E1 - Não abordou.
		E2 - Porque a noite é mais tranquilo e aí ele já define a prescrição de enfermagem para o dia seguinte.
		E3 - Não abordou.
		E4 - Não abordou.
		E5 - Quando eu vou avaliar o paciente e fazer uma nova prescrição e tem que ser diária, né, uma, uma evolução e prescrição de enfermagem, eu obrigatoriamente... tenho que colocar a Bradem ... ou a minha tela não abre, não fecha, não consigo fechar minha prescrição.
		E6 - Não abordou.
		E7 - Não abordou.
		E8 - Não abordou.
	<p style="text-align: center;">Avaliação da Assistência de Enfermagem</p>	E1 - Não abordou.
		E2 - ... diariamente, a cada 24 horas, o enfermeiro do noturno faz a avaliação da sistematização. Ele olha se o paciente está com a medicação correta, se a pulseira não saiu, se está legível... faz um controle de riscos pelo enfermeiro.
		E3 - Não abordou.
		E4 - Existiam uns instrumentos chamados de Bangalôs, instrumentos sistematizados pra gente acompanhar quantos dias o paciente estava sob acesso periférico, sonda nasoesférica... Então, o paciente era bem acompanhado da admissão até a alta hospitalar. Tudo em prol da segurança do paciente.
		E5 - Não abordou.
		E6 - O enfermeiro avalia a assistência prestada ao paciente ... tanto o enfermeiro do dia quanto da noite.
		E7 - ... a gente tem esse acompanhamento, diário, rigoroso, ... faz uma análise das situações ... dos eventos que possam vir a ocorrer de uma forma muito crítica, muito cuidadosa ... analisa pontos que tenham que ser melhorados na assistência ao paciente.
		E8 - Não abordou.

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.2 – Sistematização da Assistência de Enfermagem	Equipe de Enfermagem	E1 - Mais por vivência dos técnicos mesmo de enfermagem e dos enfermeiros.
			E2 - A gente tenta levantar junto com as equipes quais são os riscos e a gente define o que deve fazer ... O enfermeiro já coloca na própria observação o que ele orientou para a equipe. Então, as equipes são treinadas.
			E3 - A equipe de enfermagem tinha que trabalhar.
			E4 - Então, lá tinha os setores bem separados, tinha uma equipe muito maior.
			E5 - Além da comunicação também com os coordenadores de setores, equipes, né. A gente tem uma boa conversa aqui com todo mundo, a equipe é treinada a fazer.
			E6 - Porque a equipe sabe quais são os riscos que eles estão vivenciando.
			E7 - É fundamental ter o <i>feedback</i> , com a equipe, com todos que estão envolvidos na assistência para que o gerenciamento seja eficaz. Assim tem que ter esse engajamento do gestor da unidade, ou de nada adianta a gente ter o Núcleo de Segurança, ter um gestor da qualidade ... se um gestor da própria unidade não for comprometido ... não for envolvido ... na importância (não compreensível) da segurança, da redução dos riscos, dos danos para o paciente, para própria equipe.
			E8 - Mas, assim, eu creio que também não adianta nada ter o protocolo se a gente não tem a parte de conscientização da equipe, treinamentos com a equipe.
			Enfermeiro/líder
			E1 - ... A enfermeira que é responsável pelo plantão que faz essa identificação.
			E2 - ... O enfermeiro, ele tem o papel principal, é o líder, ele que passa por isso. Ele tem que mostrar a importância disso. Então, a gente percebe muito que quando o enfermeiro não tem uma postura firme e o enfermeiro passa a mão na cabeça, as coisas não acontecem, da forma como deveria acontecer.
			E3 - Não abordou.
			E4 - Não abordou.
			E5 - Não abordou.
			E6 - Então, o enfermeiro, ele supervisiona, está acompanhando essas prescrições para poder ser um braço ali, né, um apoiador para que não seja só o técnico de enfermagem que fique com essa ... para saber o que o paciente está tomando ... para que qualquer forma ou caso, não aconteça, caso não ponha a bolinha, né, caso tenha algum problema com o paciente, esse enfermeiro tenha ciência do que está acontecendo.
		E7 - Não abordou	
		E8 - Não abordou.	
		Checklist	E1 - Não abordou.
			E2 - A gente tem o <i>checklist</i> no setor de internação. Então, quando a enfermeira, ela faz a sistematização, ela já vê... ela consegue já identificar o risco do paciente tanto para queda, lesão por pressão e alergia.
			E3 - ... ele começa o <i>checklist</i> na recepção ...
			E4 - Semanalmente havia um “ <i>checklist</i> ” com os colaboradores do setor.
			E5 - Porque assim, é...a gente tem o “ <i>checklist</i> ” que é estipulado.
			E6 -... a gente também trabalha com “ <i>checklist</i> ” de cirurgia segura.
			E7- ...protocolo de cirurgia segura, ele pede... existem lacunas e itens a serem preenchidos. O prontuário, na verdade, é uma ficha, né. Uma ficha cirúrgica que hoje ela é informatizada. Os profissionais, eles preenchem para cada procedimento de cada paciente.
			E8 – Não abordou.

QUADRO 2a: Apresentação dos depoimentos dos enfermeiros participantes no tema 1- Processos Assistenciais, nos subtemas 1.1- Protocolos de Segurança do Paciente, 1.2- Sistematização da Assistência de Enfermagem e 1.3- Mapa de Risco. Alfenas-MG, março – abril, 2021.

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.3 – Mapa de risco	Revisão Diária	E1 - Não abordou.
			E2 - É uma coisa que a gente tem que estar trabalhando diariamente
			E3 - A gente faz diariamente, é melhor, semanalmente a gente faz vistorias lá no centro cirúrgico pra ver se tá tudo bem, sabe.
			E4 - Não abordou.
			E5 - Quando eu vou avaliar o paciente e fazer uma nova prescrição e tem que ser diária.
			E6 – Não abordou.
			E7 – Não abordou.
			E8 - Não abordou.
		Acompanhamento Mensal	Indicadores
			E1 - Só não sei te falar certinho. Eu sei que usa sim... indicador.
			E2 - Aí a gente faz aquele cálculo do impacto versus probabilidade, para a gente definir qual a gente vai tratar ou só vai acompanhar. Alguns riscos a gente têm indicadores.
			E3 - Os indicadores lá, eles contavam o tempo de dispositivos, tempo de internação, permanência no leito, se reinternação em 24 horas... é... tempo de permanência em UTI. De forma trimestral, eles juntaram os indicadores também e apresentavam tanto para nós como para o serviço da gestão de qualidade e a CCIH.
			E4 - Os indicadores lá, eles contavam o tempo de dispositivos, tempo de internação, permanência no leito, se reinternação em 24 horas... é... tempo de permanência em UTI. De forma trimestral, eles juntaram os indicadores também e apresentavam tanto para nós como pro serviço da gestão de qualidade e a CCIH.
			E5 - Mas é isso assim, os indicadores obrigatórios nós conseguimos cumprir, né. É e além de outros que a gente acha relevante aí, que a gente estipula junto com a gestão estratégica de acompanhar.
			E6 - A gente planilha todos os eventos que a gente recebe. E a gente consegue fazer um relatório mensal.
			E7 - Sim, nós trabalhamos com indicadores, né. Então, nós temos indicadores gerais, né. Que todos esses protocolos, eles nos dão os indicadores gerais. E a gente também tem os indicadores por unidade, né. Então, isso é mensalmente alimentado, né.
			E7- ... isso é via informatizada, esses dados são alimentados aí no sistema. E eles nos dão parâmetros para isso nos protocolos, da adesão dos protocolos. Tanto geral, da instituição como um todo e como por subunidades também. Então, nós conseguimos monitorar aí.
			E7 - Quando o time vem, a gestão do risco vem, né, para auxiliar determinado ocorrido de um evento, de uma piora ali na qualidade, indicador de algum protocolo, ele vem pra auxiliar o que tá notificado na unidade, né. Mas quem vai fazer com aquilo seja feita de forma efetiva e com sucesso vão ser aqueles que tão lá todo dia, né. São os profissionais que estão ali na assistência direta ao paciente. Então, nós temos os indicadores sim, né. Eles são discutidos e avaliados mensalmente. Então, são avaliados de um aspecto assistencial... mensalmente. E aí a gestora da qualidade, né, que leva os indicadores pro Núcleo de Segurança. E aí é por lá que o Núcleo de segurança ele consegue ver ao todo de como que tá os protocolos.
			E7- E aí, isso, mensalmente é filtrado e a gente consegue os indicadores, né, pelo gerenciamento de riscos. E aí vai fazendo as intervenções pontuais, né, e o monitoramento, né, de todos os itens do protocolo. Do de higiene de mãos, a gente tem a questão do monitoramento da taxa de adesão, né, de higiene de mãos, usando aquela... aquela estratégia multimodal que a OMS, ela prega, né, com os questionários de avaliação.
			E8 - Então, indicadores, né, nesse caso também, né. Todos esses protocolos que a gente tem implantado, tem os indicadores, né, que a gente faz de acompanhamento, que a gente vê se está tendo ou não resultado, né. Que não adiante nada se ele tá lá implementado se eu não tenho o monitoramento deles.

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.3 – Mapa de risco	Acompanhamento Mensal	Notificação
			E1 - Se um paciente cai a gente abre esse evento adverso, já faz a notificação para a gente entrar com uma medida para não, pra evitar um futuro risco de novo.
			E2 - Hoje a gente tem essa notificação de evento e não conformidades que é o que nos ajuda a medir essa questão dos riscos, né.
			E3 - Graças a Deus a gente não tem problemas de esconder casos aqui. Então, eles notificam mesmo, e é via Tasy. Então, eles notificam no nome do paciente e eu não sei quem notificou.
			E4 - A ficha de notificação de eventos adversos poderia ser preenchida por qualquer colaborador do hospital. E essa ficha tinha um fluxo a ser seguido. Repassava pelo coordenador do setor, retornava para quem esteve envolvido no evento adverso, pra que ele fosse orientado, fosse feito uma educação continuada, depois retornava pro setor de qualidade até que a responsável técnica ficasse ciente também.
			E5 - Então assim, aí a gente consegue fazer... aí, aí nós viramos notificador. A gente faz a notificação e só formaliza para nós mesmos analisarmos... Dar o seguimento às análises, aí é outra, é outra, é outra forma, né, é outro termômetro que a gente tem. Aqui a gente tem dificuldade das pessoas entenderem o que que é uma não conformidade, o que que é um evento adverso.
			E5 - ... Os eventos a gente classifica como leves.... moderados e graves... pela frequência... pelo setor... chama nossa atenção e a gente vai abordar isso... Os eventos moderados e graves já têm... prazo. Você tem quase 60 dias, né. A gente manda uma carta formal informando do evento, pedindo explicações para equipe, para o coordenador responsável... falando que a gente recebeu o evento... e queria algumas explicações... a gente costuma chamar logo pra uma reunião... achar todas as causas, já pensar junto e fazer um plano de ação. Sair com um plano de ação dali... Faz uma análise da causa raiz, faz esse “Ishikawa”, o peixe... que aconteceu? Porque que aconteceu?... a gente manda uma cartinha... para o coordenador... ficar sabendo ou... investigar um pouco pra entender o que aconteceu. Então ele vem pra reunião com diagnóstico...
			E6 – Não abordou.
			E7 - Nós utilizamos o Notivisa, né. Então, essa parte da notificação pro Notivisa, ela fica tanto da parte dos hemocomponentes, como da parte dos fármacos, né. Eles ficam destinados a um profissional específico, que é o profissional da farmácia. O farmacêutico é referência, que fica responsável por... écolocar, né, essas notificações, quando elas são reportadas, pro sistema Notivisa. E aí o gerente de risco, ele também monitora isso, né. É... mas a... o monitoramento, né, dos eventos, geralmente.
			E7- E aí eu falo que é um desafio porque quando a gente vai avaliar ou discutir mensalmente o gerenciamento do uso adequado dos medicamentos, você vê que são muito poucos eventos, né. Então, assim, eu acho que a gente sempre discute isso, né. E a busca que a gente tem é de buscar algo que possa contribuir, de certa forma, pra melhorar isso, porque a gente sabe que existe muito erro que a gente não consegue mensurar ou que o erro acontece e que ele não é notificado, né.
E7- Mas sempre vem encorajando ainda é que até mesmo os profissionais da assistência técnica, os técnicos de enfermagem, por exemplo, sejam encorajados, no momento que eles identificam o erro, eles reportam até mesmo eles façam o evento. Então, no nosso hospital, o evento hoje, ele é feito com formulário informatizado.			
E7- Além do que, também, essa questão de achar que o evento é mais um que ocorreu que não acaba se passando ali e não sendo notificado, né. Então, por exemplo, eu dou o exemplo de terapia intensiva, acho que não existe um local dentro do hospital com maior risco de erro de medicação com todos os fatores contribuintes que aquele ambiente traz ali e a gente não teve nenhum evento notificado de erro de medicação dentro da UTI durante um mês. Então, isso é muito crítico, que eu sou muito crítico. Eu, quando eu olho aquilo, todo mês, eu falo não. Não acredito nisso. Então, assim, vamos ser bem crítico aqui, vamos refletir, o que que tá acontecendo que ninguém tá notificando, né. Até pouco tempo, é... a gente criou uma estratégia, que foi focada por todos os eventos que acontecessem, mas que a gente pensou nessa estratégia é... principalmente pro erro de medicação. Que sempre que a gente perguntava porque que			

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.3 – Mapa de risco	Acompanhamento Mensal	<p style="text-align: center;">Notificação</p> <p>E7 - não notificava, quando tinha erros de medicação: “- Ah, é porque eu não tenho tempo, fica para depois, eu acabo esquecendo. ” E aí sempre o esquecimento, ele vinha como fator principal para não notificar. Aí nós criamos, foi até o time de segurança medicamentosa, ele fez um teste piloto, foi até na UTI também, pensando nesses eventos que não eram notificados, né, que aconteciam. E até eventos que a gente via que... de dispensação que, às vezes, não eram notificados também, a gente criou uma caixinha, né, a equipe do time criou uma caixinha. Era uma caixinha... inicialmente uma caixinha de luva que o pessoal envelopou ela e aí colocava-se bilhetinhos, assim, é ... a data, o nome do paciente, a data e o evento que ocorreu. Por exemplo, a Maria José do box 14 é... no dia 30/03 às 14h, é... teve a dispensação inadequada de medicamento. Aí escrevia de uma forma sucinta num papelzinho e se não desse para notificar naquele momento, eu ia colocando na caixinha, né. E aí assim, no primeiro momento, isso, a gente viu que na primeira semana a caixinha transbordou. Mas aí veio outro problema depois. O pessoal achou que colocar na caixinha já era notificação, e não era. Era um lembrete que eu precisava depois ir no sistema e notificar, né o evento com identificação, escrever o ocorrido. Então, assim, uma iniciativa foi feita, trouxe efeito, mas trouxe outro problema também. Então a gente teve que começar a rever agora é outra estratégia, né. E uma coisa que aconteceu na nossa realidade, que eu acho que também é um desafio, é que... nós passamos da notificação do evento impresso, escrito à mão, para o processo informatizado. E aí assim, é muito, é muito notório, quando a gente pega o antes e o pós. E7- As pessoas notificavam mais com o papel. Então assim, uma crítica que eu que eu faço no próprio Núcleo de Segurança é será o que que nós temos que fazer? Ou nós melhoramos a... nós melhoramos a sensibilização dos profissionais pra notificar informatizado ou nós vamos ter que rever o processo de notificação, porque notificava muito no papel e agora modificou com o computador... Será que não é o computador que está sendo o fator principal pra não se notificar e não o profissional? Então, fica esse questionamento, sabe. Então, é algo que a gente também tem que pensar nisso. E... monitorar, né.</p>
			<p>E8 - Assim, eu acho que isso também é uma questão muito importante, porque com o evento adverso que a gente aprende e tem como a gente gerenciar melhor, evidenciar os “near miss”, né, os quase erros, né, e tentar procurar não acontecer de jeito nenhum. E assim, dentro de hospital, eu acho que a gente tem que ter a questão de... é... multissetorial estar envolvida, porque, é igual eu falo, lá é uma roda. Não adianta um fazer seu papel e o outro não dar sequência, né. Então, tem que estar muito bem assim, gerenciado essa, esse, in... esse multissetor, essa equipe estar totalmente envolvida um com o outro. Porque senão, não resolve.</p> <p>E8 - Sim. As notificações, né, os eventos adversos, né, a gente tem, é um trabalho, esse também, constante também, né. Acho que é diário esse, né. Porque toda... muita gente menospreza o que seria um evento adverso, né. Só acha que quando o paciente quase morre, né. Vamos dizer assim, né. Só que não é isso, né. Então, a gente tem que pegar e tem que fa... gente isso é um evento adverso, né. - Ah, o médico não colocou quantas miligramas é uma medicação, né.</p> <p>E8 - Isso é um evento adverso. Ele tem que colocar. Faz parte ele colocar, é função dele fazer isso, né. Porque você vai administrar quantas miligramas. Você vai administrar, você achar que é... entendeu. Não é, né. Então, ele que colocar. Então assim, é constante.</p>

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.3 – Mapa de risco	Acompanhamento Mensal	Subnotificação/punição
			E1 -
			E2 -
			E3 - E eu faço questão de ressaltar para eles todas as vezes que é anônimo. Que eles podem notificar, porque o objetivo não é punir ninguém, muito pelo contrário.
			E4 -
			E5 -
			E6 - No hospital, no começo, foi muito difícil porque as pessoas acham que a notificação é fofoca... Não tinha eficiência, não tinha orientação... É difícil, a gente tem que mitigar isso.
			E7 - Então, eu acho que o maior desafio de todos os protocolos nessa questão da segurança medicamentosa, é o viés da punição, muito enraizado...
			E7- O que mais acontece, que eu acho que é nossa maior é... falha aí, né, é a questão da subnotificação dos erros de medicação. Existem muitos erros de medicação sim, que, às vezes, por essa questão, né, do medo da punição, de achar que o evento é punitivo, muitos escondem o erro, né.
			E7- Os protocolos, eu acho que todos, né, todos os protocolos de certa forma eles têm algum viés, né, passam muita coisa despercebida. Eu acho que tem muita subnotificação, né. Trabalhar gerenciamento de risco é tentar minimizar notificação, né. Então, eu falo que minimizar notificação, a gente só vai minimizar notificação quando a gente educar os profissionais, mostrar, né, que o gerenciamento, ele é o pilar da qualidade da segurança dos pacientes, né. E desmistificar aquela questão punitiva, né, do evento. O risco ainda existe pra nós, né.
			E7- E aí eu falo que é um desafio porque quando a gente vai avaliar ou discutir mensalmente o gerenciamento do uso adequado dos medicamentos, você vê que são muito poucos eventos, né. Então, assim, eu acho que a gente sempre discute isso, né. E a busca que a gente tem é de buscar algo que possa contribuir, de certa forma, pra melhorar isso, porque a gente sabe que existe muito erro que a gente não consegue mensurar ou que o erro acontece e que ele não é notificado, né.
			E7- Além do que, também, essa questão de achar que o evento é mais um que ocorreu que não acaba se passando ali e não sendo notificado, né. Então, por exemplo, eu dou o exemplo de terapia intensiva, acho que não existe um local dentro do hospital com maior risco de erro de medicação com todos os fatores contribuintes que aquele ambiente traz ali e a gente não teve nenhum evento notificado de erro de medicação dentro da UTI durante um mês. Então, isso é muito crítico, que eu sou muito crítico. Eu, quando eu olho aquilo, todo mês, eu falo não. Não acredito nisso. Então, assim, vamos ser bem crítico aqui, vamos refletir, o que que tá acontecendo que ninguém tá notificando, né. Até pouco tempo, é... a gente criou uma estratégia, que foi focada por todos os eventos que acontecessem, mas que a gente pensou nessa estratégia é... principalmente pro erro de medicação. Que sempre que a gente perguntava porque que não notificava, quando tinha erros de medicação: “-Ah, é porque eu não tenho tempo, fica pra depois, eu acabo esquecendo.” E aí sempre o esquecimento, ele vinha como fator principal pra não notificar. Aí nós criamos, foi até o time de segurança medicamentosa, ele fez um teste piloto, foi até na UTI também, pensando nesses eventos que não eram notificados, né, que aconteciam. E até eventos que a gente via que... de dispensação que, às vezes, não eram notificados também, a gente criou uma caixinha, né, a equipe do time criou uma caixinha. Era uma caixinha... inicialmente uma caixinha de luva que o pessoal envelopou ela e aí colocava-se bilhetinhos, assim, é... a data, o nome do paciente, a data e o evento que ocorreu. Por exemplo, a Maria José do box 14 é... no dia 30/03 às 14h, é... teve a dispensação inadequada de medicamento. Aí escrevia de uma forma sucinta num papelzinho e se não desse pra notificar naquele momento, eu ia colocando na caixinha, né. E aí assim, no primeiro momento, isso, a gente viu que na primeira semana a caixinha transbordou. Mas aí veio outro problema depois. O pessoal achou que colocar na caixinha já era notificação, e não era. Era um lembrete que eu precisava depois ir no sistema e notificar, né o evento com identificação, escrever o ocorrido. Então, assim, uma iniciativa foi feita, trouxe efeito, mas trouxe outro problema também.

(continuação)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.3 – Mapa de risco	Acompanhamento Mensal	Subnotificação/punição
			E7 - Então a gente teve que começar a rever agora é outra estratégia, né. É uma coisa que aconteceu na nossa realidade, que eu acho que também é um desafio, é que... nós passamos da notificação do evento impresso, escrito à mão, pro processo informatizado. E aí assim, é muito, é muito notório, quando a gente pega o antes e o pós. E7- As pessoas notificavam mais com o papel. Então assim, uma crítica que eu que eu faço no próprio Núcleo de segurança é será o que que nós temos que fazer? Ou nós melhoramos a... nós melhoramos a sensibilização dos profissionais para notificar informatizado ou nós vamos ter que rever o processo de notificação, porque notificava muito no papel e agora modificou com o computador... Será que não é o computador que está sendo o fator principal pra não se notificar e não o profissional? Então, fica esse questionamento, sabe. Então, é algo que a gente também tem que pensar nisso. E... monitorar, né.
			E8 - E assim, uma coisa que deve ser muito bem empregada e difundida, né, que eu também acho dentro da instituição, é a questão do, dos eventos adversos, né. Que eu falo assim, desmistificar um pouco essa questão de evento adverso. Achar que adverso depois vai ser algo punitivo. Que eu vou dedurar, né, o meu colega. Ou senão, que, como que eu vou dedurar o médico que fez alguma coisa, né. E8- Lá nós temos um formulário, né, manual mesmo, onde a pessoa preenche manual, contando né, identificando assim, a questão de qual foi o paciente, ou se foi por setor, né, o que que aconteceu, né. É... faz um relato do acontecimento desse evento adverso e ele tem a opção de se identificar ou não, né. Nós deixamos essa opção para aumentar um pouco a adesão, né, porque, senão, muitos ainda têm esse receio de... ou se era uma questão punitiva, né, assim, ou a instituição punia, ou senão, o médico que as vezes falou que ele ou alguma coisa assim ... Sendo que isso não existe, mas ainda tem essa... esse medinho, às vezes, de algum ou outro, né. Então, a gente deixou essa questão de identificação a critério.
			E1 - Não abordou.
			E2 - Então toda vez no início do ano a gente repara essa matriz de risco e a gente define um plano para o ano todo em cima dela.
			E3 - Não abordou.
			E4 -
			E5 - No final do ano a gente faz ... um compilado de tudo. A gente tenta abordar, lembrar um tudo, no final do ano com a equipe. Antes, a gente fazia o cronograma ... as abordagens eram mais no corpo a corpo, indo nos setores ... No ano passado ... a gente conseguiu trabalhar mais a segurança do paciente, o gerenciamento de riscos ... usando uma ferramenta virtual ... usando a plataforma ... dos vídeos, conseguimos atingir muito ... O planejamento é anual e aborda ... questões mais específicas e mais urgentes de acordo com as ocorrências ...
			E6 - Não abordou.
			E7 - Não abordou.
		E8 - Não abordou.	
		Plano Anual	E1 - Não abordou.
			E2 - Hoje a gente tem uma planilha exclusiva para o gerenciamento de riscos para COVID.
			E3 - A gente viu agora nesse COVID, nem EPI os enfermeiros tinham para trabalhar. A equipe de enfermagem tinha que trabalhar.
			E4 - Não abordou.
			E5 - Nesse contexto do coronavírus é necessário que todos utilizem máscara ... nós temos um público ... pessoas de baixa renda ... a gente consegue oferecer máscaras tanto para os pacientes quanto para os acompanhantes que vierem sem máscara ou máscara sem condição ... são doações de confecções.
			E6 - Não abordou.
			E7 - Tem o consumo de álcool em gel é... por exemplo, hoje, na UTI COVID. Então nós temos esse monitoramento que nós conseguimos fazer. É... a mesma coisa com sabão também, né.

(conclusão)

Tema 1: Processos Assistenciais	Subtema 1.3 – Mapa de risco	Planilha COVID	E7 - Então, a gente mensura é... mensalmente esse consumo e a gente tem até uma ajuda para conseguir ter esse indicador pelo serviço de higiene e limpeza, porque ele monitora, né a ... monitora as trocas e o fluxo dos antissépticos.
			E7- Aí então, por exemplo, vou citar pra você... é... no início da pandemia com o problema que a gente teve no ano passado aí, foi que... acho que todos hospitais passaram isso, foi a falta de insumo. E a gente teve o problema com a questão dos nossos insumos básicos de higienização de mãos, nós tivemos falta de álcool em gel, tivemos falta de sabão, né. Tivemos que priorizar durante o momento, né, alguns insumos para as áreas críticas e outras áreas ficaram, até mesmo, com falta de produto.
		Plano de Ação e Prevenção	E8 - O ano passado, COVID iniciando, mudança no hospital inteiro, né, assim, vira o hospital de cabeça para baixo, né. E vamos começar tudo do zero.
			E1 - Se um paciente cai a gente abre esse evento adverso, já faz a notificação para a gente entrar com uma medida pra não, pra evitar um futuro risco de novo.
			E2 - A gente monta um plano de ação, de prevenção... vê se foi alguma falha no protocolo... a não adequação de alguma medida que levou a essa lesão... pra não acontecer de novo. Normalmente é assim que funciona em todos os processos.
			E3 - Não abordou.
			E4 - Não abordou.
			E5 - A gente conseguiu fazer uma, uma, um plano de ação bem bacana e bem aplicável.
			E6 - A gente trabalha sempre na preventiva.
			E7 - Não abordou.
			E8 - ... Aquela notificação vai parar no Núcleo de Segurança do Paciente para ser discutida e realizar um plano de ação ... define quando vai ser executada aquela ação para ter uma resolutividade daquilo, para não acontecer mais ... ou tentar evitar ao máximo que aquilo não ocorra novamente.
			Legislação
		E2 -	
		E3 - e a RDC 36, né, deu muita força pra gente com relação ao gerenciamento de riscos, porque, a partir do momento que a vigilância sanitária mudou o foco dela. O foco dela era apenas controle de infecção e agora o foco dela é muito mais segurança do paciente do que controle de infecção. A gente tá em conformidade com a ANVISA, os treinamentos tão realizados, os protocolos tão feitos.	
		E3- Então com a mudança do foco da vigilância, a publicação da RDC 36, nós coordenadores... conseguimos trabalhar melhor essas questões na rede privada, implantando as identificações de risco e as avaliações de escala.	
		E4 – Não abordou.	
		E5 - ...Todo mundo tem que usar máscara ... Acompanhante, quem for, porque é lei nacional, municipal Hoje em dia tudo é judicializado.	
		E6 – Por que a gente tem o Núcleo de Segurança do Paciente, né, que a gente segue a RDC 36 de 2013.	
		E7 - Tá, então a gente sabe, né, que o Ministério da Saúde, né, tem ... Brasil, né, como país aí... instituiu o Programa brasileiro de Segurança do Paciente, o Programa, né, Nacional de Segurança do Paciente, né, e tem aquelas metas internacionais pra segurança, né, que todas instituições hoje, não só hospitalar, todas as instituições, né, até mesmo a atenção primária hoje, né, a gente fala muito segurança do paciente, a gente pensa na atenção terciária, mas ela vem lá da atenção primária também, né. Quanto às metas internacionais, a gente conhece seis metas. Elas têm que estar incorporadas, né, dentro das instituições, né, de uma forma efetiva, né, rigorosa, com monitoramento, né.	
		E8 – Não abordou.	

Fonte: Do Autor.

QUADRO 2b: Apresentação dos depoimentos dos enfermeiros participantes no tema 2- Inovação Tecnológica, nos subtemas 2.1-Tecnologias, 2.2- Prontuário Eletrônico. Alfenas-MG, março – abril, 2021

		(continua)
Tema 2: Inovação Tecnológica	Subtema 2.1 – Tecnologias	Uso de Código de Barras
		Identificação do paciente
		E1 - Não abordou.
		E2 - A gente imprime na pulseirinha um código de barras onde o paciente vai ser identificado com essa pulseira
		E3 - Não abordou.
		E4 - Não abordou.
		E5 - Na identificação ... a gente tem a pulseira com código de barras com ... três identificadores mínimos ...
		E6 - Não abordou.
		E7 - Não abordou.
		E8 - Não abordou.
		Identificação de Medicamentos na Dispensação
		E1- Não abordou.
		E2 - E hoje a gente trabalha com código de barras também na farmácia. Quando a medicação é dispensada, passa pelo leitor de código de barras que garante que aquela medicação vai para aquele paciente. A gente não tem ainda o controle de código de barras beira leito para confirmar que aquele medicamento foi para aquele paciente mesmo. Mas, a gente já tem um processo bem avançado nessa questão do código de barras e no controle de recebimento pelo paciente.
		E3 - Não abordou.
		E4 - Não abordou.
		E5 - Não abordou.
	E6 - Não abordou.	
	E7 - Não abordou.	
	E8 - Não abordou.	
	Computadores	
	E1 - Não abordou.	
	E2 - E hoje a gente vem também com a questão da tecnologia com o uso do prontuário eletrônico que te falei que é a parte de computadores, de informática, que é outra coisa que tem seu lado bom, mas também tem seu lado ruim. E2 - Então hoje a gente tem uma pessoa, que é até uma enfermeira que acompanha o prontuário. Nosso prontuário é eletrônico. Cem por cento eletrônico. Então hoje a gente consegue fazer uma auditoria melhor desse prontuário.	
	E3 - A gente está em transição, mas ele (prontuário) é praticamente todo eletrônico [...] facilita muito as checagens [...] as auditorias, as conferências [...] nossos indicadores [...] eu vejo a gente com prontuário eletrônico, o tanto que avançou, avançou muito (computadores em rede).	
	E4 - ... Com os computadores já saía impresso (pulseira de identificação do paciente). Tinha uma impressora própria para esse tipo de impressão.	
	E5 - ... A questão do uso da medicação ... já tem no sistema ... travam as prescrições de alguns medicamentos potenciais de risco ... as vezes um zero de ml pode ser fatal para o paciente ... tem muitos alertas ... ferramentas que travam a prescrição ... desses medicamentos.	
	E6 - Então, eu acho que a tecnologia, ela vem sim para ajudar, ela vem para melhorar muita coisa. Mas a gente não pode perder o foco... no operacional... Algumas pessoas acham que vai ser tudo tecnológico. É uma ferramenta de auxílio... Eu acho que ajuda implementar... para gerenciar os riscos e os eventos... para identificar alguns eventos e para melhoria contínua...	
	E7 - Hoje o gerenciamento e a análise dos eventos ele é feita tudo de forma informatizada.	
	E7 - Que eu vejo que é uma forma muito mais rápida hoje, mas que poucos ainda têm entendimento que ela trouxe benefícios.	
Prontuário Eletrônico		

(continuação)

Tema 2: Inovação Tecnológica	Subtema 2.1 – Tecnologias	Prontuário Eletrônico	Computadores
			E7 – A tecnologia como um grande avanço ... Eu falo assim, hoje com a tecnologia, você consegue fazer estratégias educativas, que eu acho que são mais atrativas... E7- Eu acho que gerenciamento de risco foca muito na prática assistencial direta... para mim ela foca nas pessoas. Então, eu acredito que muitos profissionais tem uma visão distorcida, quando a gente pensa em gerenciamento de riscos e o uso de tecnologias. E7 - Após a informatização... reduziu o evento com o uso do computador...
			E8 - ... a tecnologia, ela tem sim o fator positivo e o fator negativo... a gente já tem setor que a prescrição é totalmente feita em prontuário eletrônico... Nós temos um setor lá no hospital que ele funciona 100% como prontuário eletrônico. E8- A prescrição já vem toda certa. Não tem erro de você esquecer de colocar um miligrama. Não tem como o médico esquecer de colocar quantas doses, nome, nome do princípio ativo, nome comercial. Não tem a questão do problema de leitura, as letrinhas maravilhosas, que a gente não entende... nesse ponto é ótimo...
			Conhecimento sobre informática
			E1- Tanto para o paciente, quanto para a gente, como para o profissional, na questão... de tecnologia, estudos em grupos, torna tudo muito mais fácil a comunicação dentro da unidade.
			E2 – Não abordou.
			E3 - E quando era no papel a gente conseguia (dificuldade com a informática).
			E4 - Não abordou.
			E5 - Não abordou.
			E6 - Não abordou.
			E7 - Não abordou.
			E8 - ... O médico mais antigo tem um pouco de resistência... E8- Mas assim, eu falo que se perde um pouco, às vezes, tem profissional que não é muito adepto a essas funções. E8- No começo o médico mais antigo dizia: “- Eu não vou mexer, eu não sei fazer. Como é que eu vou escrever nesse computador? Eu não sei digitar.” Nesse ponto é um pouco difícil... a enfermeira vai ficar aqui do lado do senhor para ajudar a fazer a prescrição. E8- Outra coisa... um público jovem... não tem computador... Mais é celular hoje em dia... Então só dedinho que voa... A maioria hoje tem smartphone, então tudo fica muito mais tranquilo... assim, uma dificuldade que eu vejo é isso... no início tem uma demora para fazer os relatos... para digitar demora um pouquinho... O bom do prontuário eletrônico que não tem como você omitir hora. Não tem como você omitir data. Não tem como você omitir nada. Uma coisa que em prontuário manual tem como ir lá, cinco horas da tarde você relatar uma coisa que aconteceu uma hora da tarde. Então lá vai ficar registrado. Então assim, facilita muita coisa... E8- Mas dificulta pelo fato assim, às vezes, de adesão dos próprios profissionais. Tem hora que os próprios profissionais são complicados eles seguirem essa adesão, porque tem essa dificuldade.
			Programas
			E1 - Não abordou.
			E2 – Não abordou.
			E3 - É, aqui a gente trabalha com todo protocolo da cirurgia segura, é, eletrônico, no Tasy, que é uma ferramenta maravilhosa. E3 - E hoje está tudo interligado, por exemplo, o aparelho de eletro consegue comunicar com o Tasy, o monitor consegue comunicar com o Tasy. Então, a gente tem que buscar cada vez mais usar essa tecnologia a nosso favor. Comunicar os equipamentos com o sistema, que esse sistema gere alertas, que esse sistema gere bloqueios... Alerta o profissional... está na hora de mudar o decúbito daquele paciente, reposicionar. Então, a gente tem que ter estratégias cada vez mais para melhorar, porque a tecnologia veio só para agregar. E3- O Tasy é um sistema, é um prontuário eletrônico, que é maravilhoso. Então, no Tasy tem uma opção Histórico de Saúde, o médico entra lá e lança um alerta: PACIENTE ALÉRGICO À DIPIRONA. Aí, aquilo amarra todas as prescrições, então, ninguém mais prescreve dipirona para ele.

(conclusão)

Tema 2: Inovação Tecnológica	Subtema 2.1 – Tecnologias	Prontuário Eletrônico	Programas
			E3 - Até porque, quando não tem essa informação no Tasy, a gente não consegue auditar... Porque é muito prontuário. A gente tem mil internações... seiscentas cirurgias... É impossível auditar.
			E4 – As prescrições eram todas digitais. Todas feitas por sistema informatizado e impresso.
			E5 - Então, assim, é dentro do Powtoon a gente tem um vídeo. Vídeo de cirurgia segura, é, todos eles fui eu que fiz... fiz questão de fazer muito bem explicado, detalhado visual, para tentar chamar o pessoal da importância...
			E5- Uma estratégia que a gente arrumou agora, de abordagem durante a pandemia que acabou ficando, foi a estratégia com vídeos também. A gente usa a plataforma do Powtoon, não sei se você conhece.
			E5- A gente criou no Google Forms algumas perguntinhas relacionadas ao tema. E aí ele clica, ele consegue responder essas perguntinhas e a gente ainda contabiliza esse treinamento e registra através do acesso que ele faz pelo Google Forms.
			E6 - Agora a gente mudou de sistema e aí tem muita coisa que a gente pode fazer para ajudar o médico na prescrição. Por exemplo, alergia a medicamento... paciente sendo alérgico a dipirona, quando ele vai prescrever, já tem esse alerta.
			E6 - Acho que a tecnologia ... assim ... prontuário eletrônico ... ajuda porque várias coisas podem ser barradas ... por exemplo, o médico identifica o risco ... sabe que o paciente tem risco de alergia. Na anamnese dele, evolução dele, ele nem pergunta isso. A enfermagem pontua isso lá no relatório dela. E isso puxa. Quando o médico prescrever, identifica em algum lugar que o paciente é alérgico a algum remédio ... então a enfermagem não tem aquele retrabalho de identificar ... com a bolinha. A bolinha perde, a bolinha descola ...
E6 -... Pelo sistema tem essa opção (identifica alergias), vai barrar ... vai ter uma alerta para o médico que vai tirar a informação lá do prontuário do paciente, que é eletrônico... informatizado, então, ele consegue...			
E7 – Não abordou.			
E8 – Não abordou.			

Fonte: Do Autor.

QUADRO 2c: Apresentação dos depoimentos dos enfermeiros participantes no tema 3- Limites e Possibilidades, nos subtemas 3.1- Facilidades, 3.2- Dificuldades. Alfenas-MG, março – abril, 2021.

(continua)

Tema 3: Limites e Possibilidades	Subtema 3.1 – Facilidades	Implantação/Implementação de Protocolos	E1 - Não abordou.
			E2 - Não abordou.
			E3 - Então, em relação à qualidade e segurança do paciente, na rede particular a gente percebe uma facilidade muito grande na implantação dos protocolos de gerenciamento de riscos... na rede particular o médico entende os protocolos, a equipe multidisciplinar entende aquilo como <i>upgrade</i> da assistência...
			E3 - Ele entende que se o paciente dele tiver com uma pulseirinha no braço, vai identificar que ele possa vir a desenvolver uma lesão, ou cair, enfim, os vários riscos que tem ... Minha vivência na rede particular, é mais fácil na implantação dos protocolos, eu tinha mais facilidade.
			E3- Numa instituição pequena, com poucos médicos, com corpo clínico fechado, um corpo de cirurgiões fechados, o gerenciamento de riscos é mais fácil de implantar a partir do momento que você convence eles disso.
			E3-... Os funcionários têm medo de perder o emprego, é diferente de trabalhar no SUS...
			E4 - O hospital tem acreditação, nível 3, preza pela segurança do paciente... têm vários instrumentos... Antes da pessoa iniciar seu trabalho no hospital já havia uma reunião, entregava-se um material didático para ela. Então, antes que ela iniciasse seu trabalho ela já tinha ciência de como era o serviço... Ela já tinha uma noção de como desempenhar suas atividades (protocolos)...
			E5 - ... Se tem dúvida, clico no videozinho, vejo como é que faz, onde é que eu acho o formulário... Assim, esse formulário fica disponível na nuvem. Qualquer um pode imprimir... algumas coordenações de setores imprimem e deixa do lado da caixinha.
			E6 – Não abordou.
			E7 - Nós temos ... as metas internacionais de segurança do paciente, os protocolos... nós temos incorporado o Núcleo de Segurança, nós chamamos de Núcleo de Segurança Institucional... ele é um pouco mais amplo, porque além de ter os protocolos de segurança do paciente, tem outros núcleos dentro desse Núcleo Institucional... Nós temos o Núcleo de Segurança do Paciente que foca nos aspectos assistenciais... protocolos e outros que focam em atenção patrimonial, atenção jurídica ...
			E7-... criamos vários times. Cada time é responsável pelo desenvolvimento, acompanhamento, monitoramento e até mesmo aplicação das ações educativas de sensibilização dentro da instituição para que todos os protocolos sejam incorporados... Então nós temos o time de lesão por pressão, nós temos o time de prevenção de queda, nós temos o time da higienização de mãos que incorpora a prevenção das IRAS.
			E7- Dentro do time de lesão por pressão, nós temos uma... equipe, ... acho que é um ganho para nós... São poucos hospitais que ainda têm... a estomaterapeuta.
	E8 - Não abordou.		
	Controle Preventivo dos equipamentos	E1 – Não abordou.	
		E2 - A gente faz tanto calibração, verificação elétrica... Então tem todo controle, né preventivo ... desses tipos de equipamentos. Isso é uma coisa que ajudou bastante.	
		E3 – Não abordou.	
		E4 – Não abordou.	
		E5 – Não abordou.	
		E6 – Não abordou.	
		E7 – Não abordou.	
		E8 – Não abordou.	

(continuação)

Tema 3: Limites e Possibilidades	Subtema 3.1 – Facilidades	Redes de Apoio	E1 - Não abordou.
			E2 - Não abordou.
E3 - Então hoje meu sonho era ter uma rede de apoio com as coordenações do Núcleo de Segurança do Paciente, para que a gente pudesse se ajudar e trocar ideias, igual tinha em São José. A gente tinha a Rebraensp... e a gente se reunia a cada três meses e cada hospital fazia um “matemarketing” para ver o que que está dando certo no seu que no meu não está.			
E3- Lá em São José a gente tinha uma rede de profissionais que trabalhavam pela segurança do paciente, que se reuniam e não tinha problema nenhum em falar dos problemas de um hospital para o outro, porque era totalmente profissional... .. A gente poderia ter um grupo pela faculdade... porque é muito importante um grupo de estudo...			
E3- Eu acho que quando a gente tem uma alta liderança engajada com o Núcleo de Segurança do Paciente, a gente consegue melhorar os resultados, sabe...			
E4 - Não abordou.			
E5 - Não abordou.			
E6 - Não abordou.			
Fluxograma Simples/Checklist Aplicável 3/1		E7 - Eu também sou professor universitário... na nossa universidade gente tem dentro do programa... do curso de enfermagem uma disciplina, focada na segurança do paciente e gerenciamento de riscos... Eu acho que é um ganho para os profissionais que vão estar formando, porque eu acho que o embasamento é extremamente importante... para a prática assistencial.	
		E8 - A gente tem o Núcleo de Atenção à Saúde que faz parte da Unimed que é um local onde pode ser agendado essas consultas (avaliação pré-anestésica). Então assim, para quem tem o convênio é muito tranquilo. Até mesmo questão particular. Então assim, todos os dias tem um anestesista que fica lá... Você pode agendar ele vai, faz uma avaliação. Então assim, a gente criou também meios facilitadores...	
		E1 - Não abordou.	
		E2 - Então, hoje a gente tem tentado trabalhar com fluxograma mais simples tipo <i>checklist</i> para conscientizar as pessoas da importância disso.	
		E2- Não adianta a gente fazer grandes coisas, boas e mirabolantes que ninguém vê... Tem que fazer coisas simples, orientar e a pessoa tem que entender a questão do risco... Hoje sempre quando a gente trabalha com os eventos, a gente saiu pelo lado positivo.	
		E2- Então uma das coisas que nós percebemos nesse tempo é que quanto mais simples, mais fácil. Então hoje a gente faz <i>checklist</i> na sistematização, nós tentamos colocar três protocolos num formulário, para que seja aplicável.	
		E3 - Não abordou.	
		E4 - Não abordou.	
E5 - Não abordou.			
E6 - Não abordou.			
E7 - Não abordou.			
E8 - Não abordou.			

QUADRO 2c: Apresentação dos depoimentos dos enfermeiros participantes no tema 3- Limites e Possibilidades, nos subtemas 3.1- Facilidades, 3.2- Dificuldades. Alfenas-MG, março – abril, 2021

(continuação)

Tema 3: Limites e Possibilidades	Subtema 3.2 – Dificuldades	Falhas na Higienização Correta das Mãos	E1 - Não abordou.
			E2 - Essa questão de higienizar as mãos é um problema sério que temos.
			E3 -
			E4 - Em alguns momentos... os colaboradores também ficavam sobrecarregados. Então, acaba que o supervisor, tinha o papel de fiscal, tinha que ficar fiscalizando. Porque no meio das atividades, observava-se que alguns pontos acabavam-se perdendo. No momento da higienização das mãos, às vezes era falho. Então o supervisor tinha realmente o papel de fiscal.
			E5 – Não abordou.
			E6 – Não abordou.
			E7 – Não abordou.
			E8 - Não abordou.
		Mapa de Risco	E1 – Não abordou.
			E2 - Mas a gente sabe que no dia a dia esse quadro (mapa de riscos) acaba se tornando uma decoração, porque as pessoas, elas não tem... é aquela coisa que no começo todo mundo olha, depois ele vira parte do cenário.
			E3 – Não abordou.
			E4 – Não abordou.
			E5 – Não abordou.
			E6 – Porque a gente não consegue traçar todos e tratar todos os eventos, todos os riscos. E6- Porque a gente infelizmente tem que deixar o campo da assistência para ser um pouco burocrático. Muitas vezes a gente tem que burocratizar algumas coisas para que não chegue a ter um dano ou um evento adverso com o paciente.
			E7 – ... Por diversos fatores... a gravidade dos pacientes... a perda da qualidade da assistência... que a pandemia trouxe... Então, o paciente, de certa forma, ficou mais exposto com os riscos, até mesmo pela baixa qualidade que a gente está dando para ele.
			E8 – Não abordou.
		Protocolos complexos/extensos/teóricos	E1 - Não abordou.
			E2 - E2-... A gente observa que, as vezes, tem muita teoria... protocolos que eram livros, protocolos com trinta, quarenta páginas. A gente sabe que na assistência, ainda mais na enfermagem, a gente tem que reduzir. E a gente não pode deixar para o funcionário que ele comece a confetizar muito e ele começa a deixar de prestar assistência direta pro paciente (protocolos mais objetivos). E2 - Porque não adianta a gente querer escrever lá na higienização de mãos que foi lá trás, em mil oitocentos e bolinha, que as pessoas não vão ler. E. Mas a gente não adianta entrar com muita coisa, é o que eu percebo hoje... Porque esses protocolos são muito bonitos, mas são muito teóricos. E no dia a dia ninguém vai parar para ler protocolo quarenta páginas. E2- E às vezes você gasta uma energia... (protocolos extensos)
			E3 – Não abordou.
			E4 – Não abordou.
			E5 – Não abordou.
			E6 – Não abordou.
			E7 – Não abordou.
			E8 - Não abordou.

(continuação)

Tema 3: Limites e Possibilidades	Subtema 3.2 – Dificuldades	Resistências às Mudanças	<p>E1 - Não abordou.</p> <p>E2 – E2- A teoria, ela é bonita. A prática não funciona muito bem, por quê? Acaba que a gente tem muita troca de funcionário. Então... às vezes, quando você comenta que o negócio tá redondinho, troca... A questão do processo de qualidade, do gerenciamento de riscos ele tem que ter uma cultura mais implantada. As pessoas... não é chegar e começar... Então, assim, é uma coisa que leva um certo tempo.</p> <p>E2-... Aí a gente vai tenta orientar, explicar a importância... dessa questão da segurança do paciente. Mas é muito difícil, é difícil porque as pessoas... elas querem quanto muito executar suas tarefas, chegar às 07h, sair às 19h, não estão muito... em fazer qualquer coisa com algo a mais... as pessoas... ah não era assim...</p> <p>E2- Muito formulário copia e cola porque a gente hoje com nosso prontuário eletrônico dá opção de fazer uma cópia. E, às vezes, as pessoas copiam e não leem. Então a gente fica atenta a isso...</p>
			<p>E3 - Na rede pública a gente tem dificuldade na implantação e no gerenciamento dos protocolos por conta da característica do hospital... Então, é um hospital enorme, com 350 leitos, um corpo clínico totalmente aberto... Então, por exemplo, o protocolo de cirurgia segura, que a gente fez a implantação... e na hora que chegava lá no Centro Cirúrgico, a gente observava que o funcionário não estava fazendo time out, ele não fazia. E a gente foi perceber que os cirurgião não estava... apoiando a pessoa que estava aplicando o instrumento de avaliação. Então, é totalmente diferente o foco. A gente tem que trabalhar um protocolo por vez. Dar conta daquele protocolo e mesmo assim a adesão de toda a equipe é diferente, eles não conseguem, a gente não consegue talvez, por falta de comunicação, por ser muito grande, a gente não consegue implantar todos protocolos necessários para gerenciar os riscos dentro do hospital.</p> <p>E3- E a dificuldade na implantação leva a eventos adversos.</p> <p>E3- Esses tempos escutei de uma liderança... Esses dias eu falei: “- Gente o paciente caiu, ele não estava sinalizado...” A pessoa falou assim: “- A pulseira infla?” ... A própria liderança não entendeu o significado da pulseira, não entendeu o significado de sinalizar o paciente... Então, se a liderança não entendeu, não adianta continuar, porque o técnico não vai entender também. E essa dificuldade vem pelo tamanho da instituição... A gente tá com quase 50 leitos de UTI. É... a dificuldade é imensa.</p> <p>E3-... A gente não tem a união da própria enfermagem... A própria enfermagem está desunida. Então, eu vejo assim, a gente vem nadando contra maré e nadando sozinho...</p> <p>E3-... E a menor adesão... a gente estava com uma parte de 30% de adesão ao <i>checklist</i> de cirurgia segura na sala cirúrgica. E a gente não entendeu porque... se tem um circulante que está lá especificamente para atender o cirurgião, para atender a cirurgia, e não está conseguindo fazer o time out ... aí na auditoria a gente percebeu que estava tendo... uma indisposição da equipe... Os técnicos ficavam com vergonha... a gente percebeu que a equipe médica não estava aderindo ao protocolo...</p> <p>E3- A gente tem o protocolo, tem identificação, tem essa questão do beira-leito, mas na pulseirinha visualmente a gente só conseguiu implantar o de queda. A gente não conseguiu implantar nem o de lesão por pressão e nem de alergia.</p> <p>E3- Então na UTI funciona super bem, mas nos outros andares de internação tem uma dificuldade maior. Mas também, na UTI é onde a gente tem a maior taxa de lesão por pressão. Então é onde a gente foca as maiores estratégias.</p> <p>E3-... A gente ainda não conseguiu implantar uma escala de avaliação de risco para neonato... porque era escala de avaliação muito mais da mãe do que do bebê. Porque é uma escala que avalia as medicações da mãe... se está amamentando... tudo interfere para mãe derrubar o bebê.</p> <p>E3- Eles faziam tudo, mas não registravam nada. A vigilância começou a passar para investigar os eventos, parecia que a gente não tinha trabalhado nada...</p> <p>E3- Em relação a medicamentos controlados que vem no saquinho... a equipe também reclama. A equipe: “-... dá muito trabalho. Dá muito trabalho, na hora da emergência, estar tirando do saquinho...” Eles reclamam com tudo...</p> <p>E3- Os treinamentos foram feitos, mas não deu aquela base que o nosso colaborador precisa... Então ainda é muito complicado para equipe...</p> <p>E3-... É uma luta... a direção não está alinhada... Às vezes ele quer só descobrir quem foi o culpado... E não é isso. É um trabalho longo... de mudança de cultura... Ainda está</p>

(continuação)

Tema 3: Limites e Possibilidades	Subtema 3.2 – Dificuldades	<p data-bbox="416 1025 443 1301">Resistências às Mudanças</p> <p data-bbox="467 309 1434 555">nessa ideia... se eu errei a culpa é minha. Nem sempre a culpa é minha. Às vezes, eu fui induzida ao erro... E ninguém erra por querer. Eu sempre falo nos meus treinamentos. Eu não saio de casa, assim para falar: “- Hoje eu vou matar uma criança. Hoje eu vou passar vaselina na veia de uma criança.” Não... “Hoje eu vou fazer dipirona no paciente que é alérgico porque eu quero ver morrer.” Então, é muito pelo contrário, a gente trabalha por salários baixos, muitas vezes em duas jornadas, em situações precárias de trabalho. Então, a gente trabalha por muito amor... Então, se a gente erra... eu não consigo acreditar que o profissional de saúde erra de propósito...</p> <p data-bbox="467 555 1434 734">E3-... A gente enquanto Núcleo, enquanto Qualidade, está muito restrito, porque a alta liderança tem que estar engajada com a nossa causa... Assim, o objetivo comum da alta liderança deveria ser melhorar a qualidade da assistência através da diminuição de eventos adversos, através do gerenciamento de riscos. Então, o primeiro passo para diminuir o evento adverso é gerenciar riscos... Então, a gente precisava que eles entendessem isso...</p> <p data-bbox="467 734 1434 801">E4 - No hospital de pequeno porte... ainda não tem o instrumento formalizado para isso. (protocolo lesão por pressão)</p> <p data-bbox="467 801 1434 981">E4-... O quadro de funcionários é reduzido... no pronto socorro, na maior parte do tempo, eu sou o único profissional ... Na enfermaria fica uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem... Em alguns momentos, elas ficam sobrecarregadas pelo trabalho. Então, com essa redução que a gente tem no quadro de funcionários dificulta um pouco. Outra questão seria a falta do contato desses profissionais com essa vivência, com essa rotina (implantação de protocolos)...</p> <p data-bbox="467 981 1434 1167">E4- E eu não sei como fica em relação ao hospital pequeno, qual que é o incentivo, que se é feito para gerar esses indicadores, porque eu saí de um hospital de maior porte que tinha isso muito bem estruturado para um hospital de pequeno porte em que as pessoas, às vezes, fazem o gerenciamento de riscos, mas não tem nada documentado. Enquanto um tinha excesso de fichas para se preencher, documentações, o outro já peca pela falta deles...</p> <p data-bbox="467 1167 1434 1290">E4 - Acho que gera uma barreira também. Porque o profissional, às vezes, está trabalhando nessa instituição 10, 15 anos e nunca foi cobrado dele estar realizando essas tarefas. Acho que isso dificulta também a gente chegar e está causando mudanças lá dentro (impedimentos para implantação dos protocolos)</p> <p data-bbox="467 1290 1434 1413">E5 - ... A pulseira de identificação... hospital público... que você sabe das dificuldades. Às vezes o estoque acaba... a gente tem que trabalhar com contingência... A gente trabalha com a contingência do modelo atual de pulseira... fica um intervalo sem a pulseira oficial... A gente vai gerenciando os problemas.</p> <p data-bbox="467 1413 1434 1599">E5- ... A gente tem muito paciente de protocolo de onda vermelha... quando o paciente chega... naquele alerta máximo de que se ele não for para mesa na hora, ele vai morrer. Então... a proposta é que seja feito o certo para todos os pacientes... Mas, realmente a gente sabe que tem algumas limitações. A gente tem muito paciente que entra grave... mas tem muita amarola rosa... que entra no bloco também. Então, dá minimamente para fazer as conferências e a adesão da equipe médica...</p> <p data-bbox="467 1599 1434 1688">E5- Porque é a gente tem número reduzido de costureiras aqui dentro do hospital, né e tal... a gente fez um modelo de faixa para contenção. (dificuldade na confecção das faixas de contenção para implantação no protocolo de quedas)</p> <p data-bbox="467 1688 1434 1756">E5- A dificuldade nossa maior é com o paciente no pronto socorro, das quedas... (por causa das quedas)</p> <p data-bbox="467 1756 1434 1935">E5 - A gente tem muitos desafios ainda entre clínicas... É um desafio de comunicação... quando eu preciso de uma interconsulta de uma clínica para outra... “- Ah, eu tenho um paciente que é da geral, mas que por acaso eu identifiquei algo da vascular...” Essa comunicação ainda está complicada... a gente tem um sistema de... a gente usa o SINC, que é um sistema de gestão hospitalar... ele tem muitos problemas... ele é muito limitado...</p> <p data-bbox="467 1935 1434 2018">E5-... Aqui a gente também é hospital escola... entra uma nova equipe de residentes... tem que ensinar de novo... você faz uma ação para todo mundo... está comprometido... daqui há três meses, quatro meses está todo mundo frouxo... tem que repetir.</p>
----------------------------------	----------------------------	---

(continuação)

Tema 3: Limites e Possibilidades	Subtema 3.2 – Dificuldades	<p data-bbox="408 349 443 1323">Resistências às Mudanças</p> <p data-bbox="467 349 1434 461">E6 - A gente tem os dados satisfatórios do cumprimento do <i>checklist</i>, da cirurgia segura, mas a gente tem esse grande agravante que é da dificuldade com adesão da equipe. E o argumento principal deles é essa questão da urgência máxima, o perfil do hospital mesmo...</p> <p data-bbox="467 465 1434 555">E6- O nosso maior problema é a informação chegar correta... É a comunicação fluir. Isso aí é um problema que a gente tem e a gente sempre tende a melhorar a cada dia essa comunicação entre as equipes.</p> <p data-bbox="467 560 1434 616">E6-... Acho que as pessoas tem medo de mudar, as pessoas têm medo de mudança... vai continuar assim mesmo.</p> <p data-bbox="467 620 1434 676">E7 - E7- Nós não conseguimos no momento até hoje fazer em todos os setores, por falta de pessoal treinado, por falta até mesmo de envolvimento...</p> <p data-bbox="467 680 1434 949">E7- Então assim, é uma realidade que eu vivo, infelizmente, nós temos muitos gestores, líderes de unidades, que são pouco engajados, pouco participativos e que, infelizmente, não agregam para equipe o que precisa ser agregado... Os gestores, o líder acham que o papel deles é alimentar no sistema ali todo fim do mês, o seu indicador assistencial dos protocolos e acabou. Ou quando acontece algo, uma piora do indicador, ele acha que a obrigação é somente do gerenciamento de riscos ou do time do protocolo... Não tem que ter o engajamento dele também... Acho que o gestor, o líder tem que ter essa noção de que o papel central é dele. Ele com os demais da equipe, eles são protagonistas da assistência...</p> <p data-bbox="467 954 1434 1066">E7 -... Eu vejo ainda uma dificuldade muito grande dos profissionais em lidarem... e analisar os eventos de uma forma crítica... dando importância do gerenciamento do risco... Então, eu acho que é um aspecto da formação profissional... que tem que ser fortalecida...</p> <p data-bbox="467 1070 1434 1205">E7- O que eu sinto é que às vezes, não há um envolvimento, não há criticidade na análise... porque falta, de certa forma, um pouco mais de conhecimento... saber que o gerenciamento de risco é um pilar assistencial... onde foca na qualidade, foca na segurança dos pacientes... até mesmo dos profissionais que estão envolvidos no cuidado.</p> <p data-bbox="467 1209 1434 1265">E7-... Estratégias a gente vai trazendo ao longo do tempo, que de certa forma, melhorou um pouco, mas esbarra naquela questão: “- Eu não tenho tempo. Eu não consigo fazer.”</p> <p data-bbox="467 1270 1434 1438">E8 -... A gente vê muitas dificuldades... de ter esses protocolos, ter os profissionais corretos para aplicar esses protocolos... Então... não é ter só no papel... a vigilância vem e me cobra. Está lá no papel, mas na prática nunca acontece. Então não resolve... É para você ter de aplicar... fazer... Então assim, a gente ainda tem muito... a gente está engatinhando nessa parte. Eu falo assim, engatinhando a passos bem lentos... Porque a gente poderia ter mais incentivos.</p> <p data-bbox="467 1442 1434 1498">E8- Se você vai... procurar para fazer algum protocolo, o tanto que dá trabalho um protocolo... O que tem de estudo? O que tem de novidade?</p> <p data-bbox="467 1503 1434 1682">E8 - Um deles falou que era bobeira (equipe) colocar uma pulseirinha num paciente ... no hospital a maioria é apartamento ... é individual ... O senhor João fica no quarto 24 ... Não vai ter outro João no quarto 24 ... Então, você fala assim, não gente, mas tem que por. Olha a importância ... pode confundir a menina da recepção ... Então assim, é um trabalho muito frustrante ... devia começar lá de trás (na formação) ... cada vez mais aperfeiçoando. Não chegar só lá no hospital e falar assim: -Agora aqui tem isso ...</p> <p data-bbox="467 1686 1434 1742">E8-... Foi muito difícil no início, a gente conscientizar os médicos da importância de fazer essa avaliação pré-anestésica (protocolo de cirurgia segura).</p> <p data-bbox="467 1747 1434 1926">E8- É uma função ainda um pouco difícil... o hospital por ser um pouco pequeno... quem fica mais na frente do Núcleo, somos nós duas que já temos uma outra função por trás... Que também demanda muito trabalho... Então... acho que essa questão de ter uma carga a mais, isso atrapalha um pouco... nos lançamentos no Notivisa... Às vezes, não é... na periodicidade que a gente gostaria. Não porque a gente não quer, mas realmente tem momentos que é muito apertado... o Notivisa fica um pouco deixado de lado...</p> <p data-bbox="467 1930 1434 2020">E8-... Ter esses conhecimentos... saber da importância do Núcleo de Segurança, aplicar, incentivar, tem que começar lá de trás (na formação acadêmica) ...quando o profissional, ele já chega no mercado com essa cultura... é diferente...</p>
----------------------------------	----------------------------	--

(conclusão)

Tema 3: Limites e Possibilidades	Subtema 3.2 – Dificuldades	Custo Alto para Aquisição e Manutenção Preventiva dos Equipamentos	E1 – Não abordou.
			E2 - Foi uma das coisas, uma das maiores dificuldades quando a gente começou com o processo de qualidade, porque é uma área que tem um custo muito alto. E2 - E a qualidade, ela vem com essa cultura para fazer a preventiva, não é uma coisa comum e ela tem um custo muito alto. Então, hoje uma das maiores dificuldades dentro do processo de qualidade é a manutenção dos equipamentos. Por quê? Porque a gente tem que fazer do suporte a vida a gente tem que fazer a cada 6 meses e dos demais equipamentos 1 vez ao ano.
			E3 – Não abordou.
			E4 – Não abordou.
			E5 – Não abordou.
			E6 – Não abordou.
			E7- Não abordou.
			E8 - Então assim... bomba de infusão é cara. Não dá para ficar comprando bomba para todo paciente. Usar o equipo específico... equipo de bomba de infusão... é caro para todo paciente. Então... facilitaria muito... a tecnologia ajuda muito... Mas tem que estar atrelado ao custo. Tem que fazer manutenção preventiva... Não só corretiva, mas também tem que ter a preventiva. Porque... para ver se está tudo certo, se está gotejando correto, se está tudo ok...

Fonte: Do Autor.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Qualidade da assistência em hospitais com base no gerenciamento de riscos: vivência do enfermeiro

Pesquisador: Zélia Marilda Rodrigues Resck

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42101420.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.570.161

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG.

Estudo qualitativo do tipo descritivo-exploratório. Os participantes do estudo serão enfermeiros que foram ou são responsáveis pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), ou pela gestão de qualidade ou pelo gerenciamento de riscos.

Financiamento próprio.

Não foram identificados conflitos de interesses.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar a qualidade da assistência em hospitais, com base no gerenciamento de riscos segundo a vivência de enfermeiros.

Avaliação do CEP:

- claro e bem definido;
- coerente com a propositura geral do projeto;
- exequível (considerando tempo, recursos, metodologia etc.)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro CEP: 37.130-001
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 4.570.161

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos apresentados pelas pesquisadoras:

- Constrangimento ocasionado pela pergunta norteadora, desconforto devido ao tempo que será gasto para respondê-la e a exteriorização de emoções;
- Não garantia de um ambiente que assegure a privacidade do participante durante a entrevista, haja vista que a mesma será realizada pelo Programa Skype.

Medidas minimizadoras apresentadas pelas pesquisadoras:

- O participante será orientado, no momento de agendamento da entrevista, a escolher um local calmo, em que possa estar sozinho e ter privacidade durante a entrevista. Se mesmo assim, durante a entrevista, o participante estiver em um local que não lhe garanta a privacidade, a mesma pode ser interrompida, reagendada ou ainda, o participante poderá retirar o seu consentimento prévio e declinar da participação no estudo;
- Para assegurar o sigilo e a privacidade, as pesquisadoras realizarão a entrevista em sala com as portas fechadas, garantindo que não haja interrupção ou interferências de outras pessoas não envolvidas no estudo, bem como com vistas a evitar ruídos ou outros fatores externos que possam atrapalhar a entrevista.
- Para garantir o anonimato do participante, as falas transcritas serão identificadas em combinações de letras e números e as gravações armazenadas apenas no notebook da pesquisadora participante e de forma nenhuma serão divulgadas.
- Em relação a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, o participante poderá escolher o melhor dia e horário para participar da entrevista.

Benefícios apresentados:

- O estudo possibilitará reflexões sobre a qualidade da assistência em hospitais tendo como base o gerenciamento de riscos, contribuirá para a literatura sobre a temática e subsidiará estratégias para implementar a segurança do paciente em ambiente hospitalar.

Avaliação do CEP:

- os riscos de execução do projeto foram avaliados, estão descritos no projeto e apresentam medidas corretivas e minimizadoras, se necessárias.
- Há benefícios oriundos da execução do projeto.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro CEP: 37.130-001
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 4.570.161

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo-exploratório. Os participantes do estudo serão os enfermeiros que foram ou são responsáveis pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), ou pela gestão de qualidade ou pelo gerenciamento de riscos. Para a seleção dos participantes será aplicada a técnica snowball (bola de neve). Será realizado contato telefônico com enfermeiro responsável pelo gerenciamento de riscos, conhecido da pesquisadora e será encaminhado via correio eletrônico o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Será permitido qualquer questionamento acerca do estudo que se faça esclarecedor. Após

ser lido, aprovado e assinado deverá ser devolvido à pesquisadora via correio eletrônico de forma escaneada. Os dados serão coletados por meio de entrevista, em duas etapas: 1- Caracterização pessoal e profissional e 2- questão norteadora do estudo. Para a entrevista será utilizado o Programa SKYPE, cujo link da entrevista será enviado ao e-mail do participante previamente ao seu acontecimento. A entrevista será gravada e salva em pasta criada em MEUS DOCUMENTOS que receberá o nome de ENTREVISTAS MESTRADO. A análise dos dados será temática.

Avaliação do CEP:

- a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto, atualizada.
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto no CEP (março e abril de 2021);

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – pesquisadoras justificam a não necessidade do TCUD ao CEP, visto que o recrutamento dos participantes será pelo método "bola de neve".
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – não se aplica
- f. Folha de rosto - presente e adequada
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado.

Recomendações:

Atentar para as Orientações para procedimentos em Pesquisas em Ambiente virtual, publicada pela

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 4.570.161

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 24 de fevereiro de 2021, disponível no sítio do CEP UNIFAL-MG.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP emite parecer após reunião remota ordinária.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1670312.pdf	14/01/2021 19:13:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado.pdf	14/01/2021 19:08:34	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_ProfaZelia_assinada.pdf	14/01/2021 18:29:05	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso_pesquisador.pdf	11/01/2021 11:47:58	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido.pdf	11/01/2021 11:38:32	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/11/2020 17:33:10	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 03 de Março de 2021

Assinado por:
DANIEL AUGUSTO DE FARIA ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro CEP: 37.130-001
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br