

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

ALINE TEIXEIRA SILVA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM
AMBIENTE HOSPITALAR**

Alfenas/MG
2016

ALINE TEIXEIRA SILVA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM AMBIENTE
HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão dos serviços de saúde

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Zélia Marilda Rodrigues Resck.

Alfenas/MG
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Silva, Aline Teixeira

Atuação do enfermeiro na segurança do paciente em ambiente hospitalar / Aline Teixeira Silva. -- Alfenas/MG, 2016.

122 f.

Orientadora: Zélia Marilda Rodrigues Resck

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, 2016.

Bibliografia.

1. Enfermagem. 2. Segurança do Paciente. 3. Hospitais. I. Resck, Zélia Marilda Rodrigues. II. Título.

CDD-610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



Aline Teixeira Silva

“Atuação do enfermeiro na segurança do paciente no ambiente hospitalar”

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.

Aprovado em: 15 / 12 / 2016

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: ZmR Resck

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Fábio Souza Terra

Profa. Dra. Silvia Helena Henriques Camelo
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto – EERP/USP

Assinatura: Silvia Helena Henriques Camelo

Dedico a Deus e aos meus pais a realização deste trabalho, sem eles este sonho não se tornaria realidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me fortaleceu e me capacitou para chegar ao final desta caminhada.

Aos meus pais, Marta e Roberto, pelo amor, paciência, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus irmãos Paulo e Lucas por vibrarem comigo esta conquista.

Ao meu namorado, Junes, companheiro de todas as horas.

A todos meus amigos e familiares que se alegraram com esta conquista.

A todos os docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas pela oportunidade de aprendizado e processo de formação.

Em especial a Prof^a Dr^a Zélia Marilda Rodrigues Resck, minha orientadora, pelos ensinamentos acadêmicos essenciais a minha formação, mas principalmente pela paciência, dedicação, carinho e lições de vida.

Aos Professores Dr. Fábio de Souza Terra e Dr^a Silvia Helena Henriques Camelo pela disponibilidade generosa e pelas contribuições fundamentais para a conclusão deste estudo.

As minhas colegas de Mestrado, por partilharem suas experiências. Foi extremamente prazerosa nossa convivência.

À FAPEMIG pelo apoio financeiro que tornou possível minha dedicação exclusiva a este estudo.

À Instituição e aos enfermeiros que participaram deste estudo, por tamanha disponibilidade e comprometimento com a profissão.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

Marcel Proust

RESUMO

No contexto hospitalar, cenário de alta complexidade, práticas seguras são necessárias e devem permear a atuação do enfermeiro. Assim, este estudo teve por objetivo analisar a atuação de enfermeiros, no que se refere à segurança do paciente, em uma instituição hospitalar. Aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas, Parecer nº1.189.495. Estudo de natureza qualitativa com abordagem na Hermenêutica Dialética, realizado com 42 enfermeiros de uma instituição hospitalar do Sul de Minas Gerais. A coleta dos dados foi realizada em outubro de 2015, utilizando a entrevista semiestruturada conduzida pelas questões norteadoras: “Fale o que você conhece sobre segurança do paciente”; “Fale sobre o que você realiza como enfermeiro no dia a dia na segurança do paciente na unidade de atuação” e “Fale sobre alguma ideia ou proposta que você teria para a segurança do paciente na instituição”. Foram identificadas 3 categorias empíricas: segurança do paciente e os caminhos para a gestão de qualidade em hospital; caminhos para a humanização da assistência no ambiente hospitalar e atuação do enfermeiro no ambiente hospitalar. O conhecimento apresentado pelos enfermeiros corrobora com as definições da Organização Mundial de Saúde e do Programa Nacional de Segurança do Paciente vigente no país. A utilização de estratégias, protocolos, a empatia, a comunicação, a educação permanente e a participação do acompanhante foram pontos levantados pelos enfermeiros como cruciais para o fortalecimento da segurança do paciente na Instituição. Já a hierarquia de funções e saberes, a superlotação, a sobrecarga de trabalho, a burocratização da assistência e a falta de adesão da equipe foram apresentados como pontos dificultadores à ampliação de uma cultura de segurança na instituição. Considera-se assim que a práxis do enfermeiro na segurança do paciente no ambiente hospitalar se consolida pela liderança em relação à equipe de enfermagem, pelo exercício da gerência e da assistência e pela interação com a equipe multiprofissional, fundamentados na comunicação com foco nas tecnologias leves e na valorização de estratégias para a Educação Continuada e para a Educação Permanente.

Palavras-chave: Enfermagem. Segurança do Paciente. Hospitais.

ABSTRACT

In the hospital context, a scenario of high complexity, safe practices are necessary and must permeate the nurses' performance. The objective of this study was to analyze the nurses' performance, in terms of patient safety, in a hospital institution. Approved by the Ethics Committee of the Federal University of Alfenas, Opinion nº1.189.495. A qualitative study with an approach in Dialectical Hermeneutics, carried out with 42 nurses from a hospital institution in the South of Minas Gerais state. Data collection was performed in October 2015, using the semi-structured interview conducted by the guiding questions: "Tell me what you know about patient safety"; "Talk about what you perform as in everyday life of nurse in patient safety in the unit of action" and "Talk about any ideas or proposals you would have for patient safety at the facility." Three empirical categories were identified: patient safety and the ways of quality management in a hospital; Paths for the humanization of care in the hospital environment and the nurse's role in the hospital environment. The knowledge presented by the nurses corroborates with the definitions of the World Health Organization and the National Patient Safety Program in force in the country. The use of strategies, protocols, empathy, communication, permanent education and the participation of the companion were points raised by nurses as crucial for the strengthening of patient safety in the Institution. The hierarchy of functions and knowledge, overcrowding, overwork, bureaucratization of assistance and the lack of adherence of the team were presented as obstacles to the expansion of a safety culture in the institution. It is considered that the praxis of the nurse in patient safety in the hospital environment is consolidated by the leadership in relation to the nursing team, by the exercise of management and assistance and by the interaction with the multi professional team, based on communication with a focus on light technologies And in the valuation of strategies for Continuing Education and for Permanent Education.

Keywords: Nursing. Patient Safety. Hospitals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Dados de identificação dos participantes

Quadro1 - Categorias empíricas

LISTA DE SIGLAS

ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT -	Consolidação das Leis do Trabalho
COREN -	Conselho Regional de Enfermagem
COFEN -	Conselho Federal de Enfermagem
DCNs -	Diretrizes Curriculares Nacionais
EA -	Evento Adverso
EPI -	Equipamento de Proteção Individual
EUA -	Estados Unidos da América
ICPS -	International Classification for Patient Safety
IOM -	Institute of Medicine
NOTIVISA -	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
NR -	Norma Regulamentadora
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONA -	Organização Nacional de Acreditação
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PNH -	Política Nacional de Humanização
PNHAH -	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNSP -	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRO-HOSP -	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais
REBRAENSP -	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RDC -	Resolução da Diretoria Colegiada
RH -	Recursos Humanos
RT -	Responsável Técnico
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIC -	Segundo Informações Colhidas
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAL-MG -	Universidade Federal de Alfenas
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	18
4	REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1	A GESTÃO DE QUALIDADE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR	19
4.2	A SEGURANÇA DO PACIENTE COM FOCO NO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE E NA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	21
4.3	O PAPEL DO ENFERMEIRO E AS LEGISLAÇÕES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL	24
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	27
5.1	TIPO DE ESTUDO	27
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	28
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	28
5.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
5.5	TÉCNICA PARA INVESTIGAÇÃO	29
5.6	ANALISANDO OS DADOS	30
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	33
6.2	SEGURANÇA DO PACIENTE E OS CAMINHOS PARA A GESTÃO DE QUALIDADE EM HOSPITAL	35
6.2.1	O papel da organização na segurança do paciente e o conhecimento do enfermeiro para uma práxis segura e de qualidade	36
6.2.2	Segurança do paciente: fortalezas/estratégias e fragilidades/dificuldades	42
6.3	CAMINHOS PARA A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA NO AMBIENTE HOSPITALAR	49
6.3.1	A Ambiência em saúde, comunicação e relacionamento interpessoal: bases para a humanização	50
6.4	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO AMBIENTE HOSPITALAR	60
6.4.1	A formação e o processo de trabalho do enfermeiro na interface da segurança do paciente	61
7	ANÁLISE DIALÉTICA	72
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	82

APÊNDICES	97
ANEXOS	119

1 INTRODUÇÃO

O hospital é uma instituição bastante antiga na história da humanidade. Ao longo de sua secular trajetória, os estabelecimentos hospitalares passaram por enormes transformações associadas, de um lado, às mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que se sucederam; de outro, às grandes descobertas científicas e avanços tecnológicos ocorridos na área biomédica (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

A missão essencial das instituições hospitalares é atender aos pacientes da forma mais adequada. Por isso, todo hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa (BRASIL, 2002a).

No Brasil, a rede hospitalar é altamente estratificada, com hospitais que são centros de excelência mundial e outros que estão abaixo do padrão razoável de qualidade de atendimento. Entretanto, diferente de outras nações, o conjunto hospitalar brasileiro é altamente pluralista, uma vez que possui vários e diferentes arranjos estruturais de gerenciamento, financiamento e propriedade, tanto no setor público como no privado, o que lhe confere singularidade (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Até a década de 1980, os hospitais brasileiros nutriam um modelo tecno-assistencial hegemônico de características medicalocêntrica e hospitalocêntrica, que os marcavam como centros exclusivos de cura e reabilitação. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais públicos brasileiros começaram a delinear um novo desenho que, além do emaranhado tecnológico comum a todas as organizações, oferece outro arcabouço que impacta as questões estruturais e gerenciais desses espaços. Observa-se, desde então, que esses hospitais buscam estratégias voltadas à operacionalização dos princípios de universalidade e equidade e das diretrizes de descentralização, participação social e integralidade do SUS, por meio de modelos de gestão que maximizem a produtividade, reduzem os custos e otimizem a qualidade da assistência prestada (VAGHETTI et al., 2011).

O Ministério da Saúde tem desenvolvido grandes esforços para incentivar o aprimoramento da assistência hospitalar à população e a melhoria da gestão das instituições hospitalares. Com esse objetivo, tem implementado programas como o de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, o de Humanização da Assistência, o de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos e o de Acreditação

Hospitalar. Ao mesmo tempo tem realizado significativos investimentos no reequipamento e na reforma de inúmeros hospitais em todo o país (BRASIL, 2002a).

A população brasileira tem exigido do Sistema Único de Saúde (SUS) a capacidade de atender os problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade em saúde, e não apenas a capacidade de tratar doenças e acometimentos graves com risco à vida (BRASIL, 2001a).

Com a finalidade de dar suporte ao atendimento do SUS, em maio de 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que objetivava promover uma nova cultura no atendimento baseada, principalmente, em um melhor relacionamento entre todos os atores envolvidos. O PNHAH passou à Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003 (MELLO, 2008).

Não se pode negligenciar que o processo de produção de saúde é feito por humanos, dotados de necessidades e fragilidades, tanto do ponto de vista do sujeito- usuário, quanto do sujeito- profissional. Nesta ótica, condições de trabalho insatisfatórias, de desrespeito às aspirações, de visão meramente tecnicista e burocrática desqualificam o cuidado e, por conseguinte, a humanização das práticas. Nesse contexto, a humanização passa a ser um modo de cuidado centrado na voz do indivíduo, no respeito à sua autonomia e, portanto, no uso de tecnologias leves que perpassam pela escuta, apreensão e satisfação de necessidades; passa a ter como alvo as relações de cuidado ao usuário, mas também o cuidado ao profissional, ambos sujeitos e atores dinâmicos do processo de produção de saúde (FONTANA, 2010).

O sistema no qual se desenvolvem as principais ações de cura e cuidado para a promoção, a recuperação e a reabilitação da saúde, assim como na era de Nightingale, precisa ser repensado também para garantir a segurança do usuário. Pacientes e famílias têm estado em constante risco de serem vítimas de erros e eventos adversos evitáveis, mesmo nas mais estruturadas instituições de saúde (PEDREIRA, 2009a).

A segurança do paciente tem ganhado destaque no âmbito de pesquisas pela necessidade de aprimorar os cuidados de enfermagem e minimizar os possíveis danos à saúde do cliente advindos da sua prática. Entretanto, pesquisas nacionais e internacionais são primordiais para a fundamentação de uma assistência de qualidade (ARRUDA et al., 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016), a segurança do paciente é um grave problema de saúde pública e suas estimativas são que um em cada 10 pacientes em hospital está sujeito a sofrer um evento adverso (EA). A diminuição do número de infecções adquiridas em hospital, a diminuição do número de reinternação, custos e despesas médicas e

incapacidade ou perda da produtividade são um dos benefícios proporcionados pela segurança do paciente nessas instituições.

A adoção de boas práticas e a redução de erros referentes à assistência em saúde é fundamental para a segurança do paciente em ambientes de cuidado; é um atributo indispensável para a efetivação da qualidade de cuidados de saúde. Para garantir a melhoria desta, é necessário reconhecer a importância da cultura da segurança do paciente nas organizações de assistência em saúde (PAESE; DAL SASSO, 2013; ARRUDA et al., 2014).

A consolidação de uma cultura de segurança nos serviços de saúde configura-se como proposta de remodelar os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem a qualidade e a assistência à saúde (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

Realizar os cuidados certos, no momento certo, da maneira certa, para a pessoa certa, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis, são princípios que fundamentam a qualidade da assistência e que direcionam a prática de enfermeiros que se esmeram em prestar uma assistência ética e respeitosa, baseada nas necessidades do paciente e da família, na excelência clínica e na melhor informação científica disponível (PEDREIRA, 2009b).

A formação acadêmica dos profissionais de saúde, seja nas universidades ou em cursos técnicos, reforça a premissa do desenvolvimento do trabalho sem erros, gerando a cultura de que são expressamente inaceitáveis e que estão relacionados somente à falta de cuidado, atenção, esforço, responsabilidade e conhecimento, o que contribui de forma decisiva para a ocorrência de erros (CASSIANI; ROSA, 2006; YOSHIKAWA et al., 2013).

Os mais de 13 milhões de profissionais de enfermagem do mundo devem ter a segurança do paciente como fundamento de sua prática, mas poucos são os que trabalham em condições apropriadas que lhes permitam desenvolver os cuidados de enfermagem que aprenderam ou idealizaram para seus pacientes e familiares (PEDREIRA, 2009b).

Acrescenta-se também que o pouco envolvimento, compromisso e responsabilidade dos membros da equipe acabam prejudicando o bom andamento das atividades de enfermagem refletindo no cuidado prestado (AMESTOY et al., 2014).

A enfermagem deve buscar estratégias sólidas para prestar o cuidado seguro, como membro proativo e participante direto e responsável pela garantia da segurança do paciente e da promoção de uma cultura de segurança, levando em consideração algumas estratégias como a comunicação entre a equipe, a análise dos erros como oportunidade de aprendizado e a valorização do profissional através da educação continuada (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013; CAVALCANTE et al., 2015)

O papel dos líderes organizacionais e de enfermagem tem sido apontado como um fator crucial no desenvolvimento de ambientes positivos para a prática profissional e para a segurança do paciente. Questões como a autonomia, a comunicação, o relacionamento interpessoal e o domínio sobre a prática profissional podem ter efeito significativo sobre a segurança do paciente (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Estudos relacionados à segurança do paciente e à participação do enfermeiro na implantação de estratégias para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência são necessários e, ao mesmo tempo, recentes e inovadores, podendo ajudar os profissionais da área a conhecer as causas e os efeitos à saúde do paciente, além de possibilitar treinamentos adequados à prevenção de novas ocorrências nos serviços de saúde em geral. Este contexto aponta para o enfermeiro inúmeras oportunidades para desenvolver sua prática com foco na assistência segura (OLIVEIRA et al., 2014).

No contexto hospitalar, cenário de alta complexidade, práticas seguras são necessárias e devem permear a atuação do enfermeiro.

2 JUSTIFICATIVA

Mediante a complexidade das transformações sociais, políticas e econômicas atuais, o cuidado em saúde tem demandado mudanças pragmáticas na formação e na atuação do enfermeiro nas instituições hospitalares visando à segurança do paciente.

Desde 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente tem elaborado programas e diretrizes que visam sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde e a população para a busca de soluções que promovam a segurança do paciente, divulgando conhecimentos e desenvolvendo ferramentas que possibilitem a mudança da realidade no cenário mundial (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2010).

É possível observar que muitas vezes os enfermeiros, durante sua formação, não são apresentados aos riscos e aos programas de segurança do paciente nos serviços de saúde, gerando situações de crise e erros entre os profissionais, tanto nas universidades quanto nos cenários de atendimento à saúde. Cenários nos quais muitas vezes prevalecem modelos administrativos tradicionais e processos de trabalhos engessados e inflexíveis que interferem diretamente nas competências do enfermeiro (YOSHIKAWA et al., 2013; MOTTA, 2015).

Frente às diversas responsabilidades atribuídas aos enfermeiros pelas legislações vigentes da profissão, cabe a eles colaborar para que sejam construídas expectativas mais positivas, por meio de intervenções humanitárias, visando a uma assistência segura e de qualidade (MARX, 2009).

Ao conhecer de perto o gerenciamento de risco e os Programas de Segurança do Paciente com suas propostas de melhoria na assistência, enquanto enfermeira no hospital, foi aguçada a inquietação para verificar a visão que os enfermeiros têm sobre a segurança do paciente nos tempos atuais e como eles têm aplicado em seu campo de trabalho. Nesse sentido, foi apresentado o questionamento que delineia este estudo: como está caracterizada a atuação e o conhecimento dos enfermeiros, no que se refere à segurança do paciente, no contexto hospitalar?

Verificamos que pesquisas sobre a atuação do enfermeiro na segurança do paciente na região Sul de Minas Gerais ainda são incipientes. Sendo assim, espera-se que este estudo forneça subsídios capazes de ampliar os conhecimentos dos pesquisadores e enfermeiros sobre a temática.

Este estudo teve como relevância a atuação dos enfermeiros na segurança do paciente em instituições hospitalares, cujos resultados poderão contribuir para a criação e/ou reformulação de protocolos sobre segurança do paciente; para a ampliação da cultura de

segurança nos serviços de saúde e para o estabelecimento de parcerias institucionais visando à diminuição de custos hospitalares e melhorias estruturais.

3 OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivos:

Objetivo Geral

Analisar a atuação de enfermeiros, no que se refere à segurança do paciente, em instituição hospitalar.

Objetivos específicos

Os objetivos específicos foram:

- a) Caracterizar a práxis do enfermeiro para a segurança do paciente, identificando o conhecimento, as estratégias e as dificuldades do profissional em questão;
- b) Analisar a assistência humanizada e o papel do enfermeiro na segurança do paciente;
- c) Analisar a atuação profissional do enfermeiro para uma práxis segura, considerando a formação e o processo de trabalho.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar a análise da atuação dos enfermeiros na segurança do paciente no contexto hospitalar, objeto de estudo, foram utilizados três eixos teóricos: a Gestão de Qualidade e a Política Nacional de Humanização no ambiente hospitalar; a segurança do paciente com foco no Programa Nacional de Segurança do Paciente e na Organização Mundial da Saúde e; o papel do enfermeiro e as legislações para o exercício profissional.

4.1 A GESTÃO DE QUALIDADE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

O tema qualidade nos serviços de saúde começou a ser tratado no início do século XX, nos Estados Unidos da América (EUA), pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que, por meio de padrões mínimos, avaliava regularmente a qualidade dos cuidados às pessoas hospitalizadas (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2011).

Constata-se, na literatura específica e na prática, a existência de diferentes abordagens para “Qualidade”. Algumas valorizam a produtividade e o equilíbrio da organização, outras estão mais voltadas ao desenvolvimento do potencial humano (BONATO, 2011).

Malik (2010) diz que, na perspectiva dos serviços de saúde, a qualidade implica contornos muito particulares, na medida em que um dos focos está na assistência às pessoas que apresentam algum tipo de agravo. Há quem considere que qualidade é a ausência de defeitos. No entanto, essa definição pode não ser suficiente, principalmente na área da saúde.

Ao se falar de qualidade em saúde, cita-se a atuação de Florence Nightingale (1820-1910), que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde em 1854, durante a guerra da Crimeia. Suas intervenções, com rígidos padrões sanitários e cuidados de enfermagem, propiciaram significativo declínio da mortalidade local (NOGUEIRA, 1996 *apud* TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2011).

A sistemática de qualidade escolhida pelos serviços de saúde, qualquer que seja, está vinculada a um conjunto de ações e posições socioculturais de seus gestores. O sistema de crenças e valores dos indivíduos e da organização está embutido na escolha metodológica, que visa a atender as expectativas das partes comprometidas nesse processo (BONATO, 2011).

Segundo Donabedian (1980 *apud* MARTINS, 2014); Donabedian (1990), a qualidade deve ser avaliada em três dimensões: estrutura, processo e resultado, e analisada em sete atribuições: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e

equidade. Em 2001, o Institute of Medicine (IOM) (2001 *apud* MARTINS, 2014) destacou outras dimensões: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade.

Administrar qualidade refere-se, então, ao esforço para oferecer um bom produto ou serviço aos clientes ou usuários. Nos serviços de saúde, o ideal seria oferecer um tipo de assistência que tenha o efeito desejado, de acordo com as expectativas dos usuários, dos técnicos prestadores de assistência, dos gestores do serviço, dos financiadores e até dos fornecedores de equipamentos, entre outros (MALIK, 2010).

Em 1997, buscando o alcance da qualidade, o Ministério da Saúde iniciou o Programa Acreditação Hospitalar, buscando consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, a Educação Permanente dos seus profissionais e a avaliação dos recursos institucionais, que tendem a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos. Atualmente o Ministério da Saúde está vinculado à Organização Nacional de Acreditação (ONA), a qual monitora a qualidade nos estabelecimentos de saúde no Brasil (BRASIL, 2002a).

Outros meios de gestão também têm sido implantados nos hospitais brasileiros, como as tecnologias de Planejamento Estratégico Situacional e por objetivos. Apesar desses instrumentos administrativos inovadores, constata-se que alguns hospitais públicos brasileiros perpetuam-se como organizações burocráticas, cujas estruturas hierárquicas, socialmente definidas, repercutem na organização e na produção do trabalho lá realizado (VAGHETTI et al., 2011).

Para ampliar a qualidade nos serviços de saúde, as instituições e os governos começaram a discutir sobre a humanização do atendimento. Os primeiros relatos de discussão sobre humanização iniciaram-se em 1974, com a criação do Instituto para Estudo da Medicina Humanizada nos EUA. No Brasil, começou-se a falar de humanização na Constituição Federal de 1988 (RUTHES, 2010).

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) a qual busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2013a).

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento, de relações, de poder, de trabalho e de afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que tendem a inibir a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde e dos próprios usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013a).

Constantemente novidades sobre humanização surgem no Brasil e no mundo. Por se tratar de uma abordagem dinâmica no atendimento à saúde, aparecem experiências que transformam a qualidade de vida dos pacientes, acompanhantes e profissionais; legislações e políticas que criam novas regras e sugerem novos caminhos e personagens indispensáveis para o sucesso dessas ações (RUTHES, 2010).

4.2 A SEGURANÇA DO PACIENTE COM FOCO NO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE E NA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Preocupações relacionadas à segurança do paciente surgiram na década de 1990 com a publicação americana “Errar é humano: a construção de um sistema de saúde mais seguro”, do IOM, em que os autores relataram a morte de 44.000 a 98.000 americanos resultantes de incidentes que poderiam em grande parte terem sido evitados. Além disso, o relatório é aberto à discussão sobre a visão sistêmica de análise de eventos *versus* a cultura da culpa individual (TOFFOLETTO; RUIZ, 2013).

A segurança do paciente, a partir de 2000, entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde. Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente em nível global, a OMS estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety). O propósito dessa iniciativa foi definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial para a pesquisa no campo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; REIS et al., 2013).

O WHO Patient Safety Program, composto por diversos países, busca definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente que sejam de alta relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento. Dentre essas, destacam-se: cuidados de saúde às mães e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; eventos adversos (EA) relacionados a erros de medicação; frágil cultura de segurança, voltada ao processo de responsabilização pelo erro; competências inadequadas entre profissionais de saúde e infecções associadas ao cuidado de saúde (WHO, 2004; WHO, 2005).

A Aliança Mundial pela Segurança do Paciente define segurança do paciente como reduzir o risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, sendo um componente constante e que está intimamente relacionado com o atendimento ao paciente. O profissional de

enfermagem é um dos responsáveis pelo processo de análise de risco para a consequente redução e prevenção de incidentes (WHO, 2009).

Seguindo a definição da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 63/2011, a Segurança do Paciente é o conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Existem iniciativas específicas no campo da segurança do paciente no Brasil. Uma delas é a Rede Sentinela, que é composta de instituições que, desde 2002, trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde. A Rede Sentinela foi inicialmente voltada para os hospitais públicos, filantrópicos ou privados, de média e alta complexidade, que pudessem desenvolver um conjunto de atividades no sentido de fortalecer a cultura da vigilância do pós-uso/pós-comercialização dos produtos sob Vigilância Sanitária, funcionando como observatório do uso de tecnologias para o gerenciamento de riscos à saúde (BRASIL, 2014).

Os hospitais aderiram voluntariamente e criaram uma estrutura responsável por fazer a busca, a identificação e a notificação dos eventos adversos e das queixas técnicas, ligadas aos produtos sob Vigilância Sanitária. Posteriormente desenvolveram eixos: 1) prioridade para o gerenciamento de risco em três áreas – a medicamentos, sangue e produtos para a saúde, desenvolvendo ações de Farmacovigilância, de Hemovigilância e de Tecnovigilância; 2) uso racional de medicamentos; 3) uso racional de outras tecnologias em saúde; 4) qualidade em serviços sentinela (BRASIL, 2014).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o intuito de melhorar as notificações, desenvolveu o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), que é um sistema informatizado na Plataforma Web, de notificação de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas, relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob Vigilância Sanitária, facilitando e ampliando a segurança do paciente em todo país (BRASIL, 2007).

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos ou privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente pela OMS (BRASIL, 2013b).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde tem incentivado os serviços de saúde a criarem o Núcleo de Segurança do Paciente e o Plano de Segurança do Paciente para desenvolver ações

de melhorias, tais como: identificação do paciente; incentivo à higienização das mãos; prevenção, controle e notificação de eventos adversos; cirurgia segura; administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; estímulo à participação do paciente na assistência prestada e ações de prevenção de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2013c).

Com o mesmo propósito, os enfermeiros, pesquisadores e docentes do País criaram a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) com a finalidade de promover a articulação e cooperação técnica entre instituições direta ou indiretamente ligadas à saúde e à educação de profissionais da área, além de fortalecer a assistência de enfermagem, desenvolvendo diversos programas conforme as necessidades dos Estados e municípios no território nacional (COREN, 2010).

Profissionais com experiência acumulada na prática, no ensino ou na pesquisa, elaboraram uma cartilha contendo os 10 passos para segurança do paciente baseados na PNSP e em evidências científicas atualizadas. Apesar de os passos descreverem processos básicos de cuidados de enfermagem para a promoção da segurança do paciente, entende-se que sua implementação nos diferentes locais de prestação de assistência possa ser um processo complexo, frente à cultura organizacional vigente em grande parte do sistema de saúde nacional (COREN, 2010).

Instituições hospitalares têm incorporado o PNSP com o objetivo de oferecer assistência de excelência, diminuir custos e assegurar a satisfação à clientela. Busca-se instituir a segurança nas organizações de saúde enquanto processo cultural, promovendo maior consciência dos profissionais quanto à cultura de segurança e maior compromisso ético no gerenciamento de risco, com consequente aquisição de segurança para si e para a clientela atendida (OLIVEIRA et al., 2014).

Para pesquisadores da área, a cultura de segurança do paciente é caracterizada pela valorização do trabalho em equipe, pelo engajamento dos líderes da organização em proporcionar cuidados de saúde seguros, pela adoção de uma postura proativa desses líderes frente à ocorrência de erros, respaldada pela comunicação aberta entre os profissionais e pelo encorajamento da notificação de incidentes de segurança, que, por consequência, promove o aprendizado organizacional efetivo. Promover a cultura de segurança implica estabelecer um conjunto de intervenções enraizadas nos princípios da liderança, do trabalho em equipe, na mudança de comportamento (REIS, 2014).

Contempla-se na literatura que falhas no gerenciamento e gestão do serviço, déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, comunicação ineficaz entre as equipes, falhas na estrutura física predial e falta ou quantidade insuficiente de equipamentos têm prejudicado a assistência

e o fortalecimento da cultura de segurança nas instituições de saúde brasileiras (CAPUCHO; CASSIANI, 2013; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

4.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO E AS LEGISLAÇÕES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Os enfermeiros são responsáveis legalmente pelas questões mais amplas da assistência de enfermagem, sendo muitos procedimentos a eles restritos. O perfil do enfermeiro descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) é de um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício profissional, pautado nos princípios da Ética e da Bioética (CHANNES, 2009; BRASIL, 2001b).

Dentro suas competências o enfermeiro deve ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança (BRASIL, 2001b).

Segundo o art. 11 da Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, o enfermeiro é responsável por exercer: a chefia de serviço e de unidade de enfermagem de instituição de saúde, pública e privada; a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; a consulta de enfermagem; a prescrição da assistência de enfermagem; os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco à vida; os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 2015a).

Como parte integrante da equipe de saúde, segundo o Decreto nº 94.406/87, o enfermeiro é responsável por participar do planejamento, da execução e da avaliação da programação de saúde; na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde; no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde e; em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; educação visando à melhoria de saúde da população; prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;

acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia (BRASIL, 2015b).

Destacam-se nesse decreto a prevenção e o controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; a participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho; a prevenção e o controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões; a participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral; a participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada; a participação na prevenção e no controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica e; a participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco (BRASIL, 2015b).

O enfermeiro tem como compromisso em seu processo de trabalho assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente. É importante ressaltar que nesse processo de trabalho uma ação pode se relacionar com a outra e ocorrem, por vezes, simultaneamente. Embora alguns profissionais se envolvam mais com um ou outro processo ao longo da vida, todos deles se beneficiam, principalmente se a coexistência entre eles puder somar efetividade, eficiência e eficácia, tornando o processo de trabalho em Enfermagem muito útil à sociedade a quem serve (SANNA, 2007).

Assim, despontam para o enfermeiro inúmeras possibilidades de realizar suas ações. Outra possibilidade é a atuação do enfermeiro frente aos indicadores assistenciais, os quais, se bem gerenciados, impactam na satisfação do cliente atendido e nos parâmetros de qualidade assistencial. Esses indicadores são índices de erros de medicação, queda do leito, úlceras por pressão, infecções hospitalares, além de outras ocorrências adversas ao paciente, como perfil quantitativo da equipe de enfermagem, satisfação dos profissionais da enfermagem e dos clientes e, sobretudo, o total de horas da enfermagem/paciente/dia (CHANNES, 2009).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem assegura que é responsabilidade e dever do enfermeiro prestar assistência à pessoa, família e coletividade livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência e que a enfermagem deve prestar informações adequadas à pessoa e à família sobre os direitos, os riscos, as intercorrências e os benefícios acerca da assistência de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015a).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 423/2012 descreve a importância da atuação do enfermeiro na classificação de risco, uma vez que demanda competência técnica e científica para sua execução e integra o processo de acolhimento e humanização da assistência (COFEN, 2015b).

As DCNs e as legislações apresentam várias responsabilidades e competências que o enfermeiro deve exercer nos serviços de saúde, mas a transformação do seu cotidiano de trabalho apenas será possível se ele estiver preparado para atuar como líder, a fim de mobilizar sua equipe em prol da qualidade da assistência. O enfermeiro no papel de líder torna-se agente conciliador de interesses e objetivos comuns às instituições de saúde e à equipe de enfermagem (CARDOSO; RAMOS; D'INNOCENSO, 2011).

Além das características próprias e individuais de cada enfermeiro, é importante considerar as características do grupo liderado, uma vez que, quanto mais eficientes forem os integrantes, maior será a segurança destes frente aos desafios encontrados no serviço. O desenvolvimento do processo de trabalho agregado aos conhecimentos do enfermeiro e sua liderança garantem um bom planejamento assistencial, favorecem a organização do serviço e a avaliação das ações de enfermagem, resultando em uma assistência segura e de qualidade (MOTTA, 2015; SANTOS; CASTRO, 2010).

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste segmento do trabalho são englobados os aspectos relacionados a tipo, cenário e participantes do estudo, além de aspectos éticos, técnica de investigação e estratégia para análise de dados.

5.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa teve como proposta a abordagem qualitativa. Esta metodologia tem como objetivo incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas (MINAYO, 2013).

Para Minayo (2013), a pesquisa qualitativa visa compreender a lógica interna dos grupos, instituições e atores quanto a valores culturais, relações entre indivíduos, instituições, movimentos sociais, processos históricos e implementações de políticas públicas e sociais.

O estudo qualitativo é perpassado pela problematização de conceitos usualmente empregados para a construção do conhecimento e por uma teorização sobre a prática de pesquisa, entendendo-se que nem a teoria e nem a prática são isentas de interesses, de preconceitos e de incursões subjetivas (MINAYO, 2013).

Neste estudo, foi utilizado como referencial metodológico a hermenêutica dialética que, segundo Minayo (2013), constitui um importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas, uma vez que ambas, hermenêutica e dialética, partem do pressuposto de que não há observador imparcial e ambas questionam o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo de compreensão e de crítica, trabalhando com a comunicação dos envolvidos no processo de trabalho.

Essa combinação entre hermenêutica e dialética foi primeiramente descrita por Habermas (1987 *apud* MINAYO, 2013), por entender que, do ponto de vista do pensamento, ela faz a síntese dos processos compreensivos e críticos.

A hermenêutica, segundo Gadamer (1999 *apud* MINAYO, 2013), é a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central. A abordagem hermenêutica segue os seguintes parâmetros: buscar esclarecer o contexto dos diferentes atores e das propostas que produzem; acredita que existe um teor de racionalidade e de responsabilidade nas diferentes linguagens que servem como veículo de comunicação; coloca os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores; assume seu

papel de julgar e tomar posição sobre o que ouve, observa e compartilha e produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados.

A dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Diferente da hermenêutica, ela busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles. A abordagem dialética precisa criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições de linguagem; compreender a análise dos significados a partir do chão das práticas sociais; valorizar os processos e as dinâmicas de criação de consensos e de contradições no interior dos quais a própria oposição entre o pesquisador e seus interlocutores se coloca, e ressaltar o conhecimento histórico das falas, relações e ações (MINAYO, 2002).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital do município do Sul de Minas Gerais, de grande porte, com 279 leitos; caracterizado como hospital geral, regional, de caráter filantrópico e que atende 70% de pacientes pelo SUS. O hospital é acreditado nível 3 segundo a ONA. Atualmente a instituição passa por um processo de ampliação de sua estrutura física com o aumento de leitos.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

No período da coleta de dados a instituição contava, em seu quadro de colaboradores, com 734 profissionais de enfermagem, sendo 445 técnicos e auxiliares de enfermagem e 289 enfermeiros. O quadro hierárquico dos enfermeiros era composto por 01 enfermeiro Responsável Técnico (RT), 05 supervisores de enfermagem (administrativos), 17 enfermeiros coordenadores de setor, 82 enfermeiros líderes (atuantes juntamente com o coordenador em períodos diferentes) e 184 enfermeiros nível 1 (caracterização atribuída pela instituição aos enfermeiros assistenciais).

Para a seleção dos participantes, foram adotados os seguintes critérios: atuar na instituição de saúde como enfermeiro; ter tempo de atividade na instituição de, pelo menos, 01 ano e não estar no período de férias e/ou afastamento.

Foi realizado um contato prévio com a Enfermeira Responsável Técnica da instituição que indicou, com base na escala de funcionários, de dois a três nomes aleatórios de enfermeiros

de cada setor para participarem do estudo. Após abordagem individual, 42 enfermeiros se disponibilizaram a participar do estudo.

Os nomes dos enfermeiros foram substituídos pela sigla “E” de enfermeiro seguido pelo número arábico correspondente à ordem das entrevistas realizadas, de E1 a E42.

5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação foi realizada após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), pelo Parecer n. 1.189.495, CAAE n. 47827215.4.0000.5142, Anexo A, sendo o estudo realizado com base nos princípios bioéticos e científicos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013d).

Os enfermeiros voluntários foram esclarecidos quanto à importância de sua participação no estudo para a comunidade científica e desenvolvimento da profissão e, após concordarem em participar, tiveram ciência e firmaram seu aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido e impresso em duas vias. Uma ficou na posse do enfermeiro voluntário participante do estudo e a outra na posse do pesquisador (APÊNDICE C).

5.5 TÉCNICA PARA INVESTIGAÇÃO

A estratégia para a investigação utilizada neste estudo, de cunho qualitativo, foi a entrevista semiestruturada que, segundo Marconi e Lakatos (2004), consiste em uma forma assistemática, antropológica e livre na qual o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada, sendo uma forma de poder explorar mais amplamente a questão.

Acrescentam Marconi e Lakatos (2004) que as vantagens de uma entrevista semiestruturada são: poder ser usada com os diversos segmentos da população; ter maior flexibilidade e oportunidade para avaliar atitudes e comportamentos; poder o entrevistado ser mais observado e possibilitar a obtenção de informações importantes que não se encontram em fontes documentais.

A investigação foi desenvolvida a partir de um contato inicial por telefone, estabelecido entre a pesquisadora e a Enfermeira Responsável Técnica da instituição, no início do mês de outubro de 2015, para explicar os objetivos da pesquisa e solicitar a liberação dos enfermeiros

para entrevistas em locais reservados, sendo agendada uma reunião para o dia 20 de outubro de 2015, no período matutino.

Nesse encontro foi explicada a pesquisa, entregue uma cópia da autorização da instituição (Anexo B) para a realização do estudo; uma cópia do termo de aprovação do CEP da UNIFAL-MG e uma cópia do TCLE. Foi explanada a caracterização pessoal dos enfermeiros e as questões norteadoras que fariam parte das entrevistas.

Após análise dos comprovantes, a Enfermeira Responsável Técnica da instituição solicitou que se retornasse à tarde para apresentar a escala, sugerir nomes aleatórios de enfermeiros de cada setor e apresentar possíveis locais para a realização da entrevista, assim tendo procedido esta pesquisadora. Aquela, juntamente com sua secretária, apresentou o quadro de profissionais de enfermagem e a divisão hierárquica (supervisão, coordenação, liderança e nível 1). Com a anuência da Responsável Técnica sobre a pesquisa, a entrada desta pesquisadora na instituição em horários livres foi autorizada durante o período da coleta de dados.

Entre os dias 21 e 27 de outubro de 2015, os enfermeiros foram abordados individualmente em seus setores de atuação, foi apresentado o objetivo do estudo, verificado o interesse deles em participar da pesquisa e agendados dia, horário e local para as entrevistas, sendo que a maioria dos voluntários se propôs a participar no momento da abordagem inicial.

Primeiramente foi aplicado, pela pesquisadora, o questionário de identificação pessoal com questões relacionadas à formação e à experiência profissional, relevantes para a discussão e reflexão na investigação (APÊNDICE A).

A investigação foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, em que houve a proposta de um assunto, absorvendo o discurso por meio da narrativa e das expressões do entrevistado, permitindo maior profundidade durante o diálogo.

A entrevista foi conduzida pelas questões norteadoras: “Fale o que você conhece sobre segurança do paciente”; “Fale sobre o que você realiza como enfermeiro no dia a dia na segurança do paciente na unidade de atuação” e “Fale sobre alguma ideia ou proposta que você teria para a segurança do paciente na instituição” (APÊNDICE B).

As entrevistas foram registradas em aparelho MP4 e posteriormente transcritas em conformidade com os princípios éticos.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Na organização dos dados para a interpretação, Minayo (2013) trabalha com Categorias Analíticas, que constituem os eixos teóricos norteadores desta investigação, capazes de

desvendar as relações mais abstratas e mediadoras para a parte contextual. A partir dos dados colhidos e acumulados, o investigador se volta para os fundamentos das teorias que fizeram parte da elaboração dos conceitos iniciais na fase exploratória, para pôr em dúvida ideias anteriormente evidentes e para verificar em que medida o momento pós-trabalho de campo lhe exige aprofundamento de outros temas. Assim, o pesquisador constrói uma nova aproximação do objeto: o pensamento antigo (proveniente da fase exploratória) que é negado, mas não excluído, encontra outros limites e se ilumina na elaboração do momento presente. O novo contém o antigo, incluindo este numa nova perspectiva (MINAYO, 2013).

Para operacionalizar a análise, os dados foram ordenados, classificados, interpretados e analisados.

O momento da ordenação engloba tanto as entrevistas como o conjunto do material de observação e dos documentos populares e institucionais. Essa etapa incluiu a transcrição dos depoimentos gravados dos enfermeiros; a releitura do material; a organização dos relatos em determinada ordem, o que já supõe o início da classificação de acordo com a proposta analítica. É a oportunidade que é dado ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo (MINAYO, 2013).

Na segunda etapa foi realizada a leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto de sua totalidade. É o processo de recorte de cada entrevista em “unidades de sentido”, por “estruturas de relevância”, por “tópicos de informação” ou por temas (MINAYO, 2013). Os depoimentos dos enfermeiros participantes possibilitaram a construção de núcleos de sentido que foram agrupadas por semelhança, formando categorias e, a partir delas, surgiram as conexões e o sentido.

As Categorias Empíricas e Operacionais, criadas a partir do material de campo, contendo e expressando relações e representações típicas e específicas do grupo em questão, foram compiladas em 03 categorias relacionadas à temática descrita posteriormente nos resultados.

A terceira etapa é a análise final. Essa etapa é o movimento circular que vai do empírico para o teórico e vice-versa e busca as riquezas do particular e do geral (MINAYO, 2013). Na análise do material empírico, oriundo das entrevistas, foi utilizada a hermenêutica dialética, a fim de interpretar as respostas dos enfermeiros entrevistados e compreender os significados explicitados da realidade de cada participante por meio de suas falas em consonância com objeto do estudo e os referenciais teóricos para a fundamentação.

Por último foi realizado o relatório. Este termo refere-se à comunicação dos dados de uma pesquisa. O relatório final deve configurar-se como uma síntese, na qual o objeto de estudo

reveste, impregna e entranha todo o texto. A compreensão e a interpretação em seu formato final revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador (MINAYO, 2013). Aqui aprofundamos a hermenêutica dialética.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo foi realizada a análise dos resultados e a discussão do estudo.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A Tabela 1 apresenta as características dos enfermeiros participantes do estudo em relação às variáveis: sexo, faixa etária, tempo de formação na graduação, tempo de atuação na Instituição, categorização profissional, pós-graduação *Lato Sensu*, horário de trabalho, outro vínculo empregatício e renda pessoal.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo segundo o perfil sociodemográfico, Alfenas. 2016. (n=42)

Variáveis do estudo	Caracterização	n	(%)
Sexo	Feminino	37	88
	Masculino	5	12
Faixa Etária	21-30 anos	18	43
	31-40 anos	17	41
	41-50 anos	6	14
	> 50 anos	1	2
Tempo de formação na graduação	< 01 ano	2	5
	1-10 anos	31	74
	11-20 anos	6	14
	> 20 anos	3	7
Tempo de atuação na Instituição	1-10 anos	29	69
	11- 20 anos	10	24
	> 20 anos	3	7
Função/Cargo	Enfermeiro Supervisor	5	12
	Enfermeiro Coordenador	12	29
	Enfermeiro Líder	14	33
	Enfermeiro	11	26
	Assistencial/Nível 1		
Pós-graduação	Sim	31	74
<i>Lato Sensu</i>	Não	11	26

Horário de trabalho	Matutino	26	62
	Vespertino	10	24
	Noturno	1	2
	Horário comercial (7hs-17hs)	5	12
Outro vínculo empregatício	Sim	8	19
	Não	34	81
Renda pessoal	1 a 3 salários mínimos	22	52
	4 a 6 salários mínimos	16	38
	> 6 salários mínimos	4	10

Fonte: da autora

Outros pontos levantados por meio da análise da caracterização dos participantes foram a constatação de que 41% dos enfermeiros participantes já atuavam na instituição como técnicos de enfermagem e profissões afins antes da graduação em enfermagem e que, quanto maior o cargo (supervisão geral, coordenador de ala, supervisor/líder de ala e assistencial), mais títulos de pós-graduação *Lato Sensu* possuíam. As especializações mais citadas foram: UTI (geral, cardiologia e neonatologia), Urgência e Emergência; Administração/Gestão em saúde; Educação em saúde; Enfermagem do Trabalho e Obstetrícia. Observamos que oito dos enfermeiros (19%) possuíam outro vínculo empregatício, entre as profissões estavam: atuação em Pronto Socorro, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e docência em cursos de graduação e ensino técnico.

Ao identificarmos que a maioria dos participantes é do sexo feminino, relembramos que desde a antiguidade a enfermagem está interligada ao papel da mulher como cuidadora e, para demonstrar suas competências profissionais e vencer as dificuldades encontradas no modelo tradicional/biomédico, ainda vigente na maioria dos hospitais, buscam cada dia mais o aperfeiçoamento profissional (SOUZA et al., 2014; FERREIRA, 2015).

Reitera-se que foi possível compilar dos depoimentos dados pelos enfermeiros três categorias empíricas, sendo elas: categoria 1: Segurança do paciente e os caminhos para a gestão de qualidade em hospital, que engloba duas subcategorias: aspectos organizacionais e a práxis da equipe de enfermagem na interface da qualidade e segurança do paciente: fortalezas/estratégias e fragilidades/dificuldades; categoria 2: Caminhos para a humanização na assistência no ambiente hospitalar, com a subcategoria: ambiência em saúde, comunicação e relacionamento interpessoal: bases para a humanização e categoria 3: Atuação do enfermeiro

no ambiente hospitalar, com a subcategoria: a formação e o processo de trabalho do enfermeiro na interface da segurança do paciente (APÊNDICE E).

6.2 SEGURANÇA DO PACIENTE E OS CAMINHOS PARA A GESTÃO DE QUALIDADE EM HOSPITAL

No contexto em que a sociedade se encontra, e face à demanda pelos serviços de saúde, a qualidade surge como uma das variáveis mais importantes para o desenvolvimento e acreditação das instituições hospitalares (SOUSA et al., 2011).

A implementação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, promovendo a melhoria contínua dos serviços e buscando assegurar a qualidade da atenção aos cidadãos em todas as organizações de saúde do país, é o objetivo geral da Organização Nacional de Acreditação (ONA). As organizações voltadas para este objetivo desenvolvem avaliações dos serviços assistenciais, contemplam investimentos em tecnologia, em treinamento humano e aplicamos melhores práticas em saúde (ALONSO et al., 2014).

Segundo o modelo brasileiro, um hospital pode ser certificado em três diferentes níveis de complexidade: nível 1 - Acreditação: caracterizado pela ênfase na segurança; nível 2 - Acreditação Plena: com foco nos processos e nível 3 - Acreditação com Excelência, com foco nos resultados (ONA, 2013; MENDES; MIRANDOLA, 2015).

Ser uma instituição acreditada oferece inúmeras vantagens, entre elas, a maior procura pelos pacientes e melhor negociação com os planos de saúde e com fornecedores. Por ser um processo contínuo, a instituição que tem interesse em ser acreditada deve ter a participação de todo o quadro de funcionários, uma vez que precisa buscar a melhoria diária de seus serviços em todas as áreas (SOUZA; TONINI; PINHEIRO, 2014).

A busca pela qualidade consiste em uma questão complexa, devendo ser prioridade para instituições e profissionais de saúde que as integram. Dentre estes, destacam-se os profissionais de enfermagem, os quais possuem um papel fundamental nas organizações de saúde, tendo como foco a assistência individualizada e adequada às melhores práticas de qualidade e segurança (CALDANA et al., 2013a).

A categoria 1 engloba duas subcategorias: o papel da organização na segurança do paciente e o conhecimento dos enfermeiros para uma práxis segura e de qualidade e a segurança do paciente: fortalezas/estratégias e fragilidades/dificuldades.

6.2.1 O papel da organização na segurança do paciente e o conhecimento dos enfermeiros para uma práxis segura e de qualidade

O trabalho nas instituições/organizações, na conjuntura do mundo globalizado com seus princípios de interligação e expansão acelerada desde o início do século XXI, exige de maneira significativa trabalhadores voltados para o conhecimento (SVALDI; SIQUEIRA, 2010).

As instituições hospitalares, principalmente aquelas que passaram pelo processo de acreditação, devem se preocupar com a educação permanente de seus profissionais, avaliando constantemente seus recursos institucionais para promover a segurança do paciente (MANZO et al., 2012).

Nas falas dos enfermeiros participantes fica evidente que na práxis hospitalar as melhorias proporcionadas pelo processo de acreditação e as políticas implantadas pela instituição visam à qualidade e à segurança do paciente, como seguem nas falas:

O hospital veio de um processo de acreditação, o processo número 1 é a segurança, nós precisávamos de muitas mudanças em relação à segurança e nós conseguimos, amadurecemos muito neste processo [...] nós somos o primeiro hospital do SUS a ser acreditado [...] (E28).

Hoje nós já temos uma certificação nível 03 e segurança nível 01, é um trabalho que temos empenhado; a Santa Casa procura nos dar suporte praticamente em tudo que precisamos; sabemos que a Santa Casa trabalha com recursos do SUS e do PRO-HOSP e que está aliada ao Programa Brasileiro de Segurança do Paciente que sempre nos disponibilizam folders e materiais para uso na instituição (E22).

Está explicitado no relato de E18 que, mesmo com a conquista de nível 03 de acreditação, não podem ficar estagnados nos processos, pois há sempre algo a melhorar:

Nós somos uma instituição que adquiriu nível 03 de acreditação, nível de excelência, mas isto não significa que somos excelentes, significa que nós temos que buscar através dos processos a melhoria da assistência ao paciente [...] a segurança do paciente em primeiro lugar (E18).

Segundo Manzo et al. (2012), em um estudo realizado com enfermeiros em um hospital privado em Belo Horizonte- MG, os processos de acreditação são influenciados pelas ações da enfermagem e, ao mesmo tempo, têm importantes implicações no cotidiano de trabalho da equipe. Sendo assim, é imprescindível que os enfermeiros tenham conhecimento dos processos de qualidade e que busquem melhorias constantes.

Neste mesmo estudo verificamos que o sentimento de orgulho e satisfação apresentado pelos enfermeiros no processo de acreditação está atrelado à possibilidade de maturidade profissional, à segurança profissional estabelecida por meio de rotinas, à padronização e organização do serviço com recursos materiais, técnicos e humanos mais qualificados e disponíveis e ao clima organizacional favorável ao aprendizado profissional (MANZO et al., 2012).

O cumprimento das políticas de segurança e de qualidade está vinculado ao envolvimento de todos os profissionais. Os enfermeiros relataram em suas falas sobre a importância dos processos corretos para a segurança do paciente.

Devemos prestar cuidado e evitar danos a partir do momento que o paciente entra no hospital; devemos proporcionar um tratamento de qualidade [...] se um paciente entra na instituição com um estado crítico de saúde, ele deve sair melhor do que ele entrou por isso, todas as áreas do hospital devem atuar visando à segurança do paciente (E24).

Segurança do paciente é um paciente receber o tratamento dentro da instituição satisfatório tanto para ele quanto para a instituição, com menos erros de procedimentos e mais segurança; o paciente deve sair da instituição com o tempo previsto de internação (E12).

Segurança do paciente, que nós trabalhamos aqui na instituição, é aquele paciente que tem uma entrada correta e uma saída correta; da forma que ele chega nós temos que devolvê-lo sem sequelas e sem alterações decorrentes do período de internação, seja flebite, queda ou qualquer outro processo que ocorra durante o período de internação [...] segurança envolve todos os processos clínicos, físicos e biológicos acordados no tempo de internação deste paciente; se planejamos 03 dias de internação, é acordado um projeto terapêutico de 03 dias de internação e se por alguma intercorrência isto não acontece e esse paciente acaba ficando internado por 10 dias, alguma coisa de errado nesse processo aconteceu, não é uma saída certa porque interferiu na segurança dele (E8).

Entende-se que ao Serviço de Enfermagem atribui-se papel fundamental na busca dessa qualidade nas organizações de saúde, tendo em vista o número de profissionais atuantes e a sua responsabilidade nos cuidados aos pacientes durante as 24 horas. Sabe-se que são estes profissionais que coordenam e gerenciam todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente, e tudo o que o envolve no contexto da instituição hospitalar (CALDANA et al., 2013b).

Corroboram Svaldi e Siqueira (2010) que na prática hospitalar os profissionais que constituem o Serviço de Enfermagem constroem um processo produtivo na área da saúde

hospitalar, tomam decisões coerentes e rápidas, conjuntamente a outros profissionais, contribuem de maneira significativa para a manutenção e a recuperação da vida e conhecem, praticamente, todos os elementos constituintes do espaço hospitalar.

Talvez seja necessário provocar nesses profissionais instabilidade/questionamentos para fazê-los perceber que são o agente da ação, da manutenção, da construção e da transformação do seu ambiente e que são capazes de produzir uma nova forma de pensar e agir. É importante fazê-los perceber que possuem a energia, a força, a capacidade e o poder de promover nos ambientes de trabalho o surgimento de novas e emergentes estratégias sistêmicas para o enfrentamento dos problemas que se apresentam e, conseqüentemente, construir um ambiente mais saudável e seguro (SVALDI; SIQUEIRA, 2010).

No depoimento de E4 desvela-se como os riscos à saúde do paciente podem ser prejudiciais à instituição:

Nós temos que fazer o melhor para que não ocorra nenhum risco com o paciente na instituição, porque o risco para o paciente impacta em tudo, impacta na alta, no giro de leitos, no diagnóstico do paciente [...] (E4).

Segundo a OMS a falta de segurança do paciente nas instituições de saúde está proporcionalmente relacionada ao aumento do número de erros e EA, aumento das infecções adquiridas em hospital, aumento do número de reinternações e aumento dos custos em saúde (WHO, 2016).

Porto et al. (2010), em uma pesquisa realizada em dois Hospitais de Ensino no Rio de Janeiro sobre a magnitude financeira associada à ocorrência de eventos adversos (EAs) no Brasil, retratam que os pacientes que sofreram algum dano durante seu processo de internação apresentaram maior tempo de internação, de 6,4 dias a 28,3 dias de permanência no hospital.

A implementação de melhores práticas em segurança do paciente, como a mudança do fluxo de trabalho, o uso de checklists, a prescrição eletrônica, a formação de times de resposta rápida, o envolvimento dos pacientes na tomada de decisão, a promoção de parcerias entre prestadores de serviço e comunidade e o realinhamento financeiro são umas das estratégias utilizadas, principalmente nos EUA, para diminuição de custos hospitalares e melhoria da assistência (BRANCO FILHO, 2014).

Os enfermeiros deste estudo, considerando o seu contexto técnico-assistencial, revelam sua atuação com foco nos 10 passos propostos pela PNSP e nos princípios de qualidade, como está explicitada nas falas:

É o principal objetivo da enfermagem: tratar com segurança; é o meu papel principal; acredito que segurança do paciente envolve tudo, é o tratamento, a medicação, o cuidado com a pele, o cuidado com a infecção, o cuidado para evitar queda, o cuidado com a úlcera por pressão, o cuidado com o sentimento e com a saúde psicológica [...] segurança envolve o indivíduo como um todo (E15).

É o nosso primordial, a nossa filosofia é não causar dano; é a primeira coisa antes da gente até ter uma assistência de qualidade; nós visamos não causar dano, não piorar a situação do nosso paciente (E18).

É qualidade, é o bem estar do paciente; é prevenção, é evitar que o paciente evolua em deterioração clínica, que seja exposto a riscos (E16).

Evidenciamos nos resultados que o significado de segurança do paciente apresentado pelos enfermeiros como a ausência de riscos, de acidentes, de eventos, de erros e de danos ao paciente corroboram com a definição da OMS. Os enfermeiros retomam que o seu papel na segurança do paciente é prestar uma assistência segura, livre de danos. Estes danos incluem doenças, lesões, sofrimentos, incapacidades, disfunções e/ou morte do paciente (WHO, 2009).

No entanto, alguns enfermeiros demonstram dúvidas e/ou incertezas sobre segurança do paciente:

Para começar, vindo trabalhar, chegando aqui no local de trabalho [...] é muito complexo, envolve tudo [...] é desde o momento que a gente sai de casa, pensando no trabalho em si (E30).

Segurança no trabalho é tudo aquilo que você previne contra algum tipo de acidente, é ter proteção contra algum acidente de trabalho, ou algo desse tipo, desde usar os EPIs corretamente até o cuidado com a limpeza, assepsia e espaço físico [...] segurança é tudo aquilo que traz uma proteção para você realizar o trabalho com segurança, fora de riscos (E34).

Eu sou crua neste assunto, é uma coisa que a gente vê no dia a dia, mas mesmo assim [...] (E3).

Iniciativas relacionadas com a segurança dos pacientes têm encontrado dificuldades no processo de implementação do termo "segurança do paciente". Embora seja cada vez mais utilizado, tem significados diferentes entre profissionais de saúde e esses conceitos em prática ainda são dispersos (RAMÍREZ et al., 2011).

Nos depoimentos podemos observar a presença de assuntos relacionados à biossegurança e à saúde do trabalhador. A biossegurança dentro do ambiente hospitalar também visa alcançar por meio de ações a prevenção, o controle e a redução e/ou eliminação de riscos

inerentes às atividades que comprometem a saúde humana, animal e do meio ambiente (BRASIL, 2005). A Norma Regulamentadora, NR-32, estabelece dentro desses serviços medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2002b).

Em outro relato, o participante alude que a parte burocrática influencia diretamente na assistência e nas ações de segurança:

O que mais atrapalha na questão da segurança, de observar o paciente de uma forma geral, tanto aqui na Santa Casa quanto em outras instituições pela qual eu passei é a burocracia, nós ouvimos os médicos falando até durante a cirurgia que preencher “papel” não é importante, mas para a instituição “papel” é muito importante e nós temos muitos papéis para preencher; acredito que tanto a enfermagem, quanto a equipe de saúde em geral, hoje tem que focar muito na parte burocrática, então, no meu ponto de vista, tinha que minimizar a questão burocrática [...] nós vemos a equipe de enfermagem e os médicos passando plantão para o outro com foco no papel, eles não assistem o paciente [...] não sei se resolveria completamente, mas a informatização ajudaria bastante, você faria todo o processo mais rápido e a unificação burocrática em um pequeno checklist seria mais ágil para os profissionais e os mesmos teriam mais tempo para focar no paciente (E41).

Ressalta-se que a formalização dos procedimentos por meio de regras é bastante importante no ambiente hospitalar, sendo necessária para a manutenção da ordem e para que o hospital funcione. Porém, o excesso de burocracia causa uma disfunção e pode levar ao engessamento da organização caracterizada pelo apego total às normas e rotinas (TIMENI, 2011; BRITO; VENTURA, 2015).

Corroboram Sousa, Dal Sasso e Barra (2012) que muitas vezes as anotações de enfermagem são inconsistentes, ilegíveis e escassas de conteúdo e que a utilização de sistemas de informação e registros eletrônicos melhoram a prática do cuidado e reduzem o tempo do registro clínico, aproximando os enfermeiros dos pacientes.

Por conseguinte, verificamos que o processo de cultura de segurança do paciente já está inserido no cotidiano da enfermagem e da instituição e tem como foco a educação em saúde:

Hoje eu vejo a equipe cobrando uma segurança que às vezes nem mesmo o médico observou; a equipe cresceu juntamente com as políticas de segurança do hospital e não é uma cobrança, faz parte do dia a dia; se você só faz quando cobra, você não pratica; os riscos que eu tenho, como são trabalhados diariamente, não se tornam emergências, faz parte da equipe o processo de entendimento do que é segurança do paciente [...] o colaborador tem consciência da importância dele no processo de segurança, não só os técnicos

de enfermagem, mas a equipe multiprofissional; a pessoa da assepsia que trabalha comigo, ela sabe a importância dela ter aquela atuação precisa, que ela é importante no processo, se ela não souber, ela pode expor um paciente ao risco de infecção, então é uma equipe bastante entrosada e participativa (E28).

É claro que humanamente existem falhas, nada é 100%, mas nós buscamos a partir da educação permanente, educação continuada conscientizar a equipe [...] nós percebemos ao longo do tempo, desde que foram instituídas medidas de segurança do paciente, que a equipe muda à visão a partir do momento que ela tem conhecimento de efeito e causa, a equipe começa a perceber o resultado daquilo que estão fazendo e isto é muito bom, é muito gratificante e este envolvimento é o melhor retorno que nós temos (E18).

Há algumas diferenças entre a educação continuada e a educação permanente. A educação continuada considera a vivência de trabalho do profissional, em que a valorização desse saber aponta a realidade do serviço, a exposição das necessidades e problemas, e estimula a troca de experiências, a criação de uma nova prática do saber, a partir do pensamento crítico gerado por esse processo. Já a educação permanente é definida como a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho (PEIXOTO et al., 2013).

Nesse contexto de educação os enfermeiros levantaram que a segurança do paciente vai muito além das exigências do exercício ético profissional e das leis ministeriais, como é apresentado por E21:

São medidas, independente da cobrança por lei [...] são medidas que prevemos, dentro do possível, riscos, acidentes, erros, que possam trazer uma lesão, uma internação e até a morte para o paciente; é evitar erros e acidentes inerentes ao que a gente consegue ver [...] são valores muito além do que é cobrado (E21).

A experiência tem demonstrado que é necessário não somente uma preparação técnico-científica específica, mas também que o profissional se apoie em uma concepção de saúde que norteie o modo de assistir e colocar-se frente às questões que envolvem a saúde como um todo e que lhe permita pensar em bases mais sólidas, a fim de investir na construção de novos conhecimentos e informações acrescidos de formação educacional e ética. Isso acarreta uma postura profissional mais aberta à realidade e estimula o profissional a refletir sobre sua atuação, o que pode proporcionar melhores condições para a prática profissional (FONSECA, 2014).

Outro depoimento retrata a ampla visão do participante sobre segurança do paciente, vinculada aos três níveis de atenção à saúde:

Nós não somos voltados apenas para a segurança intra-hospitalar, a nossa preocupação vem desde o nível primário passando pelo secundário, terciário e quando devolvo o binômio mãe-filho para a atenção primária [...] nos preocupamos muito sobre a questão da sociedade, do envolvimento da sociedade [...] nós fazemos o processo de segurança desde o pré-natal, com todas suas ações estratégicas, depois aplicamos a segurança na maternidade e retornamos em seguida à atenção primária (E28).

As ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente devem se articular aos esforços de políticas de saúde que objetivam desenvolver linhas de cuidado em Redes de Atenção, reorientação do sistema a partir da Atenção Básica e melhoria do financiamento da saúde, uma vez que o PNSP considera em sua potencialidade promover o protagonismo dos profissionais e das equipes nos processos de qualificação do cuidado (BRASIL, 2014).

A oportunidade de mudança organizacional é factível pela boa recepção dos temas referentes à segurança do paciente, por parte dos profissionais, e pela elevada repercussão mediática, tendo-se que aproveitar o *boom* atual. A existência de equipes diretivas que motivem a promoção de mudanças institucionais precisa de liderança clara por parte de um grupo de profissionais, sendo a figura do enfermeiro garantia da segurança do paciente (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010).

6.2.2 Segurança do paciente: fortalezas/estratégias e fragilidades/dificuldades

Com a criação de protocolos de assistência, a enfermagem tem direcionado o trabalho e registrado os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema (HONÓRIO; CAETANO, 2009; SOUSA et al., 2013). A instituição hospitalar por intermédio do grupo gestor e das equipes assistenciais tem desenvolvido estratégias para a segurança do paciente com foco na qualidade, como revelam os depoimentos:

Nós trabalhamos com protocolos, então tem protocolo para tudo, qualquer tipo de patologia que esse paciente apresenta, tem protocolo, acredito que seja uma segurança para o paciente (E9).

Tudo nós temos documentado através de protocolos, que é uma padronização do hospital, mas também nós temos os específicos do setor (E33).

Pesquisa realizada em unidade de internação de hematologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza-CE, comprovou que a utilização de protocolos pela equipe

de enfermagem proporciona uma prática mais qualificada e uma assistência eficaz e humanizada ao paciente (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

Um dos protocolos utilizados na instituição está relacionado aos eventos adversos. Segundo a International Classification for Patient Safety (ICPS), o evento adverso é um incidente que causa danos ao paciente. Outras definições trazem o conceito de evento sentinela, o qual seria um dano que causa perda grave ou morte ao paciente (WHO, 2009).

Um dos eventos adversos mencionados pelos enfermeiros está relacionado à medicação, como apresenta E9: “[...] porque às vezes acontece o erro de medicação”.

Um estudo descritivo, retrospectivo realizado recentemente em um Hospital Público do Estado de São Paulo, comprova que as maiores notificações de erros de medicação estão relacionadas à dispensação errada (48,3%), seguido de paciente errado (13,8%), medicamento errado (11,2%), dose errada (8,6%), prescrição errada (7,8%), horário errado (6%), via errada (2,6%) e omissão de dose (1,7%) (D’AQUINO et al., 2015).

Apesar de os profissionais de saúde saberem que o uso adequado de medicamentos tem efeitos benéficos aos indivíduos, falhas no seu uso podem ocorrer, acarretando efeitos indesejados e até mesmo maléficos aos pacientes (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Para acompanhamento dos eventos adversos na instituição, o enfermeiro E36 relata a utilização de um impresso de Notificação de Eventos:

Nós trabalhamos com o impresso de notificação de eventos onde quantificamos o risco, o tipo de risco e a probabilidade desse risco acontecer; após notificação do evento, os eventos são encaminhados para coordenação e são realizados planos de ação (E36).

O NOTIVISA traz alguns exemplos de eventos adversos que podem ser notificados: incidente durante procedimento cirúrgico; queda do paciente; úlcera por pressão; inefetividade terapêutica de algum medicamento; erros de medicação quando houver dano à saúde; evento adverso decorrente do uso de artigo médico-hospitalar ou equipamento médico-hospitalar; reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea; evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético; evento adverso decorrente do uso de um produto saneante (BRASIL, 2007).

O relato de E27 retrata a utilização de estratégias de pós-notificação como o Protocolo de Londres e o Plano de Ação:

Nós trabalhamos na instituição com o Protocolo de Londres, quando um evento grave acontece, com risco inclusive de morte para o paciente, toda a

equipe é chamada para analisarmos as causas deste evento; todos os envolvidos no evento são chamados; são pontuadas as falhas e realizado Planos de Ação para prevenção de novos eventos e isto é divulgado para toda equipe (E27).

A finalidade do Protocolo de Londres é garantir uma investigação exaustiva da causa de incidente, indo além da identificação de falhas e culpa. Uma equipe de pessoas com diferentes habilidades e experiências é montada para avaliar os eventos. A equipe avalia todo o processo do erro por meio da análise de causa-raiz. Após conclusão da investigação medidas são tomadas para evitar novos erros (TAYLOR-ADAMS; VINCENT; STREET, 2004).

Muitas organizações preferem montar uma equipe de pessoas com diferentes habilidades e experiências para avaliar o evento, pois o verdadeiro objetivo do protocolo é usar o incidente para refletir sobre as lacunas e insuficiências no sistema de saúde. Ressaltam ainda os autores que a avaliação do EA deve incluir todas as pessoas envolvidas no processo (desde a administração até aqueles que atuam na linha de frente) (TAYLOR-ADAMS; VINCENT; STREET, 2004).

Na instituição, alguns profissionais relataram que a equipe é composta por vários enfermeiros, desde o enfermeiro Responsável Técnico, supervisor, coordenador, até os líderes do setor em que ocorreu o EA. Verificamos nesse contexto outro fator presente na maioria das instituições de saúde brasileiras, a hierarquização de cargos e funções. Para criar uma organização segura, é necessário que essas instituições perpassem esses conceitos de atuações com o intuito de ampliar a comunicação e o trabalho em equipe (SOUSA; LAGE; RODRIGUES, 2014).

Em alguns relatos verificamos a atuação do enfermeiro em relação ao colaborador frente ao erro:

Dependendo da situação, às vezes há a necessidade de aplicarmos uma advertência verbal ao funcionário, uma suspensão e já tivemos casos de demissão; na verdade a nossa intenção não é punir, mas dependendo da situação, alguma coisa tem que ser feita (E24).

Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, as punições são dadas aos profissionais conforme as infrações cometidas. A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise dos fatos, do dano e de suas consequências. As penalidades impostas pelos conselhos Federal e Regionais de Enfermagem são: advertência verbal; multa; censura; suspensão do Exercício Profissional e cassação do direito ao Exercício Profissional (COFEN, 2015a).

O profissional, durante sua atuação, também está sujeito às penalidades previstas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), como a advertência verbal; a advertência escrita; a suspensão e a dispensa. Reitera-se que, para o empregador aplicar essas penalidades, o empregado deve apresentar comportamento ilícito. Nesse contexto deve prevalecer o bom senso do empregador para dosar a pena, observando os seguintes itens: o histórico do empregado; os motivos determinantes para a prática da falta e a condição pessoal do empregado (BRASIL, 1943).

Em um estudo realizado com enfermeiros de UTIs, em Campos do Jordão-SP, observou-se que a maioria dos enfermeiros (74,3%) referiu a presença de punição aos profissionais, destacando a advertência verbal (49 %) como o tipo de punição predominante. Observou-se também que 18% das represálias mencionadas foram punições severas como demissão e suspensão, além do assédio moral (CLARO et al., 2011).

Segundo Peterlini e Saes (2014), a cultura de intimidação está presente nas instituições de saúde porque é mais fácil procurar um culpado do que mudar todo um sistema de prestação de assistência.

Silva (2010) reforça a premissa de que as organizações de saúde devem estruturar o sistema de forma segura, ajudando os profissionais a não errar. Todas as causas devem ser analisadas pelo serviço de gerenciamento de risco para o desenvolvimento de ações corretivas, visando à prevenção e à redução de eventos adversos. Ao mesmo tempo, é imprescindível que os profissionais de saúde cumpram os princípios da legislação com a responsabilidade ética e profissional.

Outros protocolos e escalas foram apontados pelos enfermeiros para melhoria da assistência:

Trabalhamos com protocolos relacionados ao Manchester [...] no Centro Cirúrgico trabalhamos com a questão da Cirurgia Segura, onde aplicamos um checklist para todos os pacientes que chegam ao pré-anestésico; é realizada uma entrevista com esse paciente e no prontuário é identificado os riscos que esse paciente possa ter; o *checklist* é aplicado tanto pela equipe de enfermagem quanto pelo anestesista que está no Centro Cirúrgico [...] dentro do transoperatório a avaliação é contínua; a lateralidade é feita no pré-anestésico mas confirma-se o membro e o nome do paciente verbalmente antes da anestesia (E14).

A cirurgia segura é o ‘Segundo Desafio Mundial para a Segurança do Paciente’ (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2009), que propõe cuidados simples como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão,

disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos, os quais podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento.

O enfermeiro como líder de unidades de internação é responsável em encorajar a participação de todos na adoção de checklists com o intuito de beneficiar os profissionais e os pacientes do Centro Cirúrgico (PANCIERI et al., 2013). Mesmo assim os enfermeiros ainda enfrentam a falta de adesão da equipe médica como revela E37: “precisamos de mais orientações aos médicos, ao corpo clínico, para melhorar a segurança porque não são todos que estão engajados”.

O ambiente hospitalar apresenta inúmeros riscos à saúde dos pacientes, os quais podem agravar o seu estado de saúde. Destarte, cabe aos profissionais identificar os riscos à saúde presentes em cada unidade, garantir a segurança dos pacientes e o restabelecimento de sua saúde, assim como evitar ou minimizar as intercorrências durante sua estada na instituição. O cuidado precisa ser realizado sem causar dano, de modo a permear a integralidade da assistência (LIMA et al., 2014; FASSINI; HAHN, 2012).

Uma das ferramentas que auxilia a interação entre os profissionais de saúde é o Projeto Terapêutico e/ou Plano de Cuidados. Esse instrumento organiza a assistência de forma factível e benéfica ao paciente, uma vez que trabalha com enfoque multiprofissional e interdisciplinar (COSTA; SARTORI; NUCCI, 2014), como se observa na fala a seguir:

Nós trabalhamos com Projeto Terapêutico, evolução de profissional e visitas multiprofissionais, tudo em assistência exclusiva da enfermagem na prevenção de riscos para o paciente; nós temos um instrumento que utilizamos na assistência que chama Painel de Risco, neste painel, ao avaliarmos o quadro do paciente, identificamos os riscos que o mesmo pode apresentar durante a internação como: risco de queda, flebite, vulnerabilidade emocional e riscos variados, como o de sangramento, procedimentos invasivos, sinais flogísticos, inflamação, medicações; nós temos que monitorar este painel e diariamente nós temos que evoluir esse paciente e relatar o que estamos fazendo para prevenir esses riscos [...] nós temos que conferir se a equipe também está relatando os riscos (E8).

Os enfermeiros acrescentam ainda o uso de instrumentos diagnósticos como se apreende no depoimento de E18:

Se o paciente tem risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, com o instrumento da escala de Braden, nós vamos realizar medidas para que esse paciente não desenvolva úlcera, se o paciente tem risco de queda, nós vamos desenvolver medidas voltadas para queda [...] nós temos o protocolo de identificação do paciente, o protocolo de controle glicêmico para paciente em

jejum, nós temos por ex. a escala de Mews, que é uma escala que a partir dos sinais vitais a gente faz a gestão do risco de deterioração fisiológica do paciente na unidade então, vários protocolos institucionais foram criados visando essa gestão de risco do paciente [...] em todas as altas nós aplicamos uma auditoria de prontuário, chamada de Tracer, elaborada a partir da visão do colaborador mediante a assistência e relatos de prontuário; esta auditoria consegue nos mostrar a efetividade do que estamos planejando e executando durante o serviço (E18).

A prática de medidas relacionadas à segurança do paciente no cuidado à saúde reduz as doenças e danos aos pacientes, diminui o tratamento e/ou o tempo de hospitalização, melhora ou mantém o *status* funcional do paciente e aumenta sua sensação de bem-estar e, mesmo dentro de recursos limitados, enfermeiros, administradores e outros profissionais da saúde podem usar pesquisas para explorar as melhorias potenciais em seu ambiente de trabalho, diminuindo a pressão em utilizar práticas diárias ineficientes na solução de problemas (OMS, 2002; RADUENZ et al., 2010).

Outras ferramentas, como os indicadores, são utilizadas pelos enfermeiros para analisar e acompanhar a segurança do paciente na instituição, como revelam os depoimentos:

Nós temos os indicadores de qualidade: flebite, infecção, controle de microbianos, isolamentos, prevenção de infecção com lavagem das mãos, isolamento reverso, isolamento de proteção [...] (E15).

Se você analisar as nossas planilhas do setor, os nossos eventos são pequenos, mas não deixam de existir (E16).

Nós temos um manual dos indicadores setoriais, nesse manual contém o número de quedas, flebites que o setor apresentou (E6).

Mensalmente é realizada a análise dos indicadores de acordo com os números de riscos e de eventos encontrados e notificados no setor, esses eventos são trabalhados como Plano de Ação e com toda a equipe (E27).

Nós temos os indicadores de risco que fazemos mensalmente, nós comparamos com o mês anterior e em cima disso, trabalhamos outras diretrizes dentro do setor (E32).

Sabe-se que os indicadores são instrumentos de mensuração da qualidade em saúde, uma vez que permitem a identificação de falhas no processo. Para os enfermeiros os indicadores são instrumentos que possibilitam melhorar a prática assistencial e monitorar a qualidade de assistência (SILVEIRA et al., 2015).

Como apresenta E40, ampliando o foco na qualidade do serviço, a instituição realiza avaliações anuais para verificar o cumprimento das metas e melhorar a assistência:

Nós trabalhamos com vários programas, temos a avaliação anual realizada pela instituição e setor de RH onde é avaliado o paciente e o profissional; após avaliação realizamos Planos de Ação para que se consiga atingir a próxima meta (E40).

É necessária a existência de medidas a serem utilizadas, a fim de verificar o desempenho da organização e compará-lo com os resultados anteriores ou com outras organizações assemelhadas. Essas medidas podem ser analisadas por meio de indicadores e/ou avaliações de desempenho (TAVARES; SILVA, 2012; BARBOSA; SOUSA; SANTOS, 2015).

Os enfermeiros levantaram sua preocupação em criar, ampliar a cultura de segurança ao paciente na instituição, por compromisso e responsabilidade e não por cobranças ou exigências como desvelado no recorte do depoimento de E42:

Nós temos que ter e ofertar qualidade, não para o meu coordenador ou supervisor, mas para o paciente que está conosco; a enfermagem trabalha muito neste contexto, no que a instituição pede, não é porque a instituição pede, isso é regido, é normativo, é lei, existem estudos e a instituição apenas aplica [...] certas coisas não precisa ter um enfermeiro para cobrar, porque eu não faço para Santa Casa, eu não presto cuidados para Santa Casa, eu presto serviços para a instituição mas os nossos cuidados são para o paciente que é minha responsabilidade (E42).

Segundo DCNs, o profissional enfermeiro deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar as respectivas soluções. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde, tanto no nível individual como coletivo. Os enfermeiros devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas aos pacientes e familiares (BRASIL, 2001b).

Para melhorar esse contexto em que se encontra E42, é necessário que haja um compromisso das lideranças para difundir a ideia da necessidade de mudança de comportamento e de cultura. No sentido de promover a superação da visão restrita dos profissionais de saúde, os líderes devem se utilizar de estratégias como a interdisciplinaridade e a educação permanente, com o intuito de resgatar a produção do conhecimento através da

vivência, da parceria e da indissociabilidade entre teoria e prática (CHASSIN; LOEB, 2011; REIS, 2014; FONSECA, 2014).

Mesmo utilizando estratégias e sabendo que a enfermagem tem participação fundamental nos processos que visam garantir e melhorar a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde (GONÇALVES et al., 2012), os enfermeiros apontaram em suas falas a dificuldade encontrada para conscientizar a equipe.

A partir do momento que nós trabalhamos com um elevado número de pessoas a dificuldade que encontramos é a conscientização dos colaboradores em tomar atitudes e realizar as medidas necessárias (E15).

Conscientização dos colaboradores é importante, tem que ser educação continuada; se você dá um treinamento e deixa, a equipe esquece, por isso tem que avaliar o paciente todos os dias, fazer exame físico, corrida de leito, chamar o colaborador na hora do erro, orientar o que está errado para evitar que o dano aconteça, porque se não conscientizar (reflexão) (E13).

Nesse processo, é fundamental o envolvimento de todos os profissionais, mas para que isto seja real é necessário incentivo e estímulo dos líderes em influenciar de maneira natural os profissionais, levando-os a uma conscientização maior da importância de todo o processo, uma vez que, caso contrário, redundará em profissionais desestimulados e não haverá alcance dos padrões exigidos (COROPES et al., 2016).

Buscar e implementar estratégias para a melhoria da qualidade hospitalar são atitudes necessárias para o amadurecimento de uma cultura de segurança. Pesquisas são primordiais nesse contexto. O fomento e o incentivo da cultura de segurança implicaram na potenciação da cultura organizacional, do trabalho colaborativo e participativo e da crença de que a mudança e a melhoria são possíveis (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010).

6.3 CAMINHOS PARA A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do sistema, e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão (BRASIL, 2013e).

A PNH, ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, de saberes, de práticas e de sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2013a).

Pelos depoimentos dos enfermeiros participantes deste estudo no caminhar para a humanização da assistência no ambiente hospitalar, identificou-se uma subcategoria: ambiência em saúde, comunicação e relacionamento interpessoal: bases para a humanização, em que se delineia uma práxis voltada para a importância dada à ambiência, privacidade, empatia, vínculo, escuta, responsabilidade e respeito ao outro, trabalho em equipe e parceria dos acompanhantes.

6.3.1 Ambiência em saúde, comunicação e relacionamento interpessoal: bases para a humanização

No contexto da PNH, os gestores da instituição apresentam visão inovadora, abertos em relação às mudanças, conforme desvela a fala de E12: “a Santa Casa está sempre aberta a novas tentativas, a mudanças que promovem a humanização na assistência”.

Sabe-se que os bons resultados desenvolvidos no ambiente hospitalar dependem, em grande parte, da capacidade do hospital em oferecer um atendimento humanizado à população, sendo necessário que seus profissionais constituam equipes capazes de promover a segurança e a qualidade nos atendimentos (CARVALHO et al., 2015).

Dentro da segurança do paciente entrando na parte de humanização que é um dos pilares e a base primordial para se tratar, nós buscamos melhorias como um todo (E40).

Ao mesmo tempo a instituição deve possuir ambiente físico propício para o atendimento dos pacientes com vistas a favorecer a assistência humanizada. Para tanto se desvela a preocupação dos enfermeiros em ampliar o espaço físico visando melhorar o acolhimento e a segurança do paciente e do profissional de saúde, como revelam os relatos de E21 e E34:

Nós estamos com uma área física muito agredida, tem a questão das rampas; a minha recepção é muito agredida, não comporta todo mundo (E21).

O espaço ainda é muito pequeno pela quantidade de paciente que temos; a instituição já tem uma proposta de aumentar a hemodiálise com a “planta nova” e isso vai proporcionar melhor segurança no manejo do paciente, maior espaço

entre uma máquina e outra; na hora de “desligar” o paciente não vai ser aquela correria onde todo mundo fica apertado correndo o risco de acidentar (E34).

A Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. O conceito de ambiência segue primordialmente três eixos: o espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos; o espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e da reflexão sobre os processos de trabalho e o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2013e).

No contexto de ambiência, a instituição padronizou o fluxo de entrada de pacientes e familiares na portaria central com o uso de identificação pessoal e catracas, conforme apresentado nos recortes de depoimentos:

Este ano a instituição implantou catracas nas entradas dificultando um pouco o fluxo de pessoas que não tinha necessidade; tornava o ambiente barulhento e com muitos ruídos, prejudicando o paciente e a equipe; já melhorou o fluxo de entrada, mas ainda precisa melhorar; podia melhorar o monitoramento por câmeras [...] (E32).

Foram instalados catracas nas entradas; padronizou uma entrada específica para o funcionário, coisa que há 10 anos não existia; já melhorou bastante; atualmente estamos trabalhando internamente a questão do livre acesso dos pais [...] a questão do acesso é muito importante em todos os hospitais (E33).

Nós temos que garantir acesso ao paciente de forma humanizada e acesso restrito aos familiares; o acesso pode impactar nas ações de enfermagem; o acesso ainda precisa ser mais adaptado para garantir segurança à integridade do paciente, do familiar e da equipe que está no plantão (E31).

Manter a privacidade do paciente é fundamental para garantir a sua segurança, o que pode ser desvelado por E2:

Eu visio muito à privacidade do paciente; biombos se estão fechados na hora da higiene ou troca de sonda; oriento a equipe, não só verbalmente, mas vigio para ver se estão fazendo (E2).

Para a humanização, a sensibilidade é vista como meio pelo qual se pode perceber os múltiplos determinantes que envolvem o cuidado aos usuários. Nesse sentido, defende-se a construção de uma relação de empatia entre o profissional de saúde e o usuário enquanto algo

que pode minimizar o sofrimento deste. O desenvolvimento da capacidade de empatia ou de sensibilidade é vista, em alguns momentos, como algo que se constrói a partir de conhecimentos teóricos e/ou habilidades emocionais de forma a qualificar o cuidado prestado (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013).

Alguns recortes de depoimentos dos enfermeiros corroboram com essa análise proposta pelos autores:

Eu falo para os funcionários que nós temos que ter empatia, se colocar no lugar do outro; nós temos que pensar como se fosse um parente meu, se eu gostaria que ele fosse tratado deste jeito [...] (E4).

Nós estamos aqui para cuidar de outra pessoa, de outro ser humano, da mesma forma que eu gostaria que alguém cuidasse de mim (E42).

[...] ‘foi realizada uma pesquisa no setor e foram identificadas muitas queixas referentes ao barulho e a exposição do paciente’ [...] deveríamos olhar mais para este cuidado, porque às vezes no dia a dia o cuidado fica robotizado [...] há uma falha nessa parte (E15).

Em virtude do acelerado processo técnico e científico no contexto da saúde, a dignidade da pessoa humana, com frequência, parece ser relegada a um segundo plano. A doença, muitas vezes, passou a ser o objeto do saber reconhecido cientificamente, desarticulada do ser que abriga e no qual ela se desenvolve. Então, para começarmos a caminhar em direção à humanização dos cuidados de saúde, é importante acreditar no agir ético e perceber o ser humano como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados (FONSECA et al.,2010).

A empatia também está ligada ao relacionamento interpessoal e profissional, conforme descrito no relato a seguir:

A abordagem do funcionário também é importante; até para você dar uma advertência, você tem que conversar com o funcionário, ouvi-lo, ver o que está acontecendo com ele, pode ser um problema externo que está refletindo aqui [...] (E32).

No campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento de saúde, é essencial agregar a eficiência técnica e científica ao respeito à singularidade das necessidades humanas, tanto do usuário como do profissional (CARVALHO et al., 2015).

Neste estudo, alguns enfermeiros relataram a importância do respeito e responsabilidade para com os pacientes:

Nós devemos respeitar o paciente em qualquer situação, mesmo sendo um paciente crítico ou intubado, mesmo nessas situações (E23).

Nós devemos ter responsabilidade com o paciente, em todos os sentidos e em todos os momentos (E19).

O conceito de respeito é bastante amplo. O enfermeiro estará agindo de forma respeitosa quando o paciente é tratado com atenção, consideração e deferência, recebendo cuidados integrais e humanizados (FONSECA et al., 2010).

Nesse contexto é essencial que os princípios da Bioética entrem em vigor, como a autonomia, a capacidade de dar voz aos indivíduos; a beneficência, fazer o bem sem olhar a quem; a não-maleficência, não fazer o mal e a justiça, igualdade de tratamento e justa distribuição das verbas do Estado (JUNQUEIRA, 2010).

O enfermeiro tem uma visão integral das necessidades humanas básicas do paciente, favorecendo o cuidado tanto do paciente quanto da família. Para essa assistência, o enfermeiro necessita de um olhar diferencial, de modo holístico, para realizar suas atividades de forma sistematizada, visto que o paciente permanece internado por algum tempo, que o deixa distante dos seus parentes e amigos (ALMEIDA et al., 2012; COSTA; SAMPAIO, 2015).

O cliente está em primeiro lugar; desde a forma de tratamento, como você fala; é tratar o paciente como um todo, com uma visão total [...] é buscar o bem estar físico, mental e psicológico do paciente (E34)

Nós procuramos ver o paciente como um todo, em todas as suas necessidades, buscando o apoio psicológico e social se preciso [...] (E22).

Nós vemos o paciente de uma forma holística; a satisfação do cliente e a inter-relação com o paciente é muito importante [...] (E28).

A hospitalização faz com que o sujeito abandone suas rotinas, deixando para trás o papel de ser um indivíduo ativo para ser um paciente, passando de um sujeito independente para um ser dependente de cuidados em um ambiente que lhe é estranho e totalmente novo. Diante desses sentimentos, dessa nova rotina de vida, o paciente poderá viver um momento de crise diante da hospitalização. O ambiente, a doença, as dores, os medos, os procedimentos e a espera pelo diagnóstico são alguns dos inúmeros fatores que podem desencadear a crise no paciente e em sua família no meio hospitalar (MEIRA HENRIQUES; CABANA, 2013).

Os serviços oferecidos pelas instituições de saúde possuem impacto direto nas relações que se estabelecem entre usuários, acompanhantes e profissionais. Acrescenta-se que uma boa

comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes é estabelecida como um fator importante para a assistência humanizada, podendo ser considerada uma ferramenta por meio da qual a humanização é praticada (MELO; CRISTO; GUILHEM, 2015; CARVALHO et al., 2015).

A comunicação é muito importante na nossa área, é um dos tópicos principais, a base de tudo é a comunicação [...] (E32).

A comunicação; tudo se resolve conversando, tem que ter diálogo (E8).

Corroborar-se que o cuidado em enfermagem implica na capacidade para a escuta e para o diálogo, além da disponibilidade em perceber o outro como um sujeito com potencialidades, resgatando a autonomia e estimulando a cidadania (DUARTE; NORO, 2010).

Neste estudo apreendemos dos enfermeiros participantes a importância da escuta terapêutica e do relacionamento profissional-usuário, como é verificada no recorte do depoimento de E21:

Como nós convivemos muito tempo com o paciente, nós acabamos conhecendo mais o paciente; eles contam particularidades para a gente que às vezes nem a família consegue acompanhar e conhecer [...] às vezes o paciente está passando mal, mas não é de fundo físico e sim de fundo emocional ou problemas com o marido, filho, sogra ou situação financeira [...] os pacientes contam para os técnicos que estão por perto as dificuldades que estão passando; é um momento de desabafar, ter com quem compartilhar; muitos não têm família ou às vezes a família não entende ou não tem tempo para ouvir, ou às vezes eles não querem falar com a família [...] a visão de quem está de fora não é dar uma solução, mas de ouvir [...] a pessoa já sente aliviada em poder te contar ou às vezes ela não quer que você dê andamento sobre o assunto, ela só quer compartilhar aquela dor, aquele sofrimento, mas sem envolver a família (E21).

A escuta ativa, a valorização das queixas dos indivíduos, a identificação de suas necessidades são um instrumento de grande importância para o processo de humanização da assistência de enfermagem, visto que por meio dele se torna possível a promoção da qualidade do atendimento nos serviços de saúde (CARVALHO et al., 2015).

A comunicação é essencial para o bom relacionamento entre o profissional, o paciente e a família, como está desvelado no trecho do depoimento de E26:

Eu tento passar segurança para eles (pais e mães), para que eles tenham confiança em mim e para eles fazerem os procedimentos corretos também; não adianta querermos fazer as coisas corretas se o pai ou a mãe não dá

abertura ou não tem o diálogo necessário para fazer o melhor para criança (E26).

Outros aspectos importantes quando se estabelece a comunicação com o outro são elementos como a empatia entre os interlocutores; o respeito mútuo, que deve haver em qualquer relacionamento interpessoal; a relação de confiança, que proporciona maior liberdade dentro da comunicação e a escuta receptiva, que é o ato de ouvir muito e falar quando necessário. Portanto, tão importante quanto a relação de vínculo, é da mesma maneira o estabelecimento desses elementos fundamentais na comunicação pelo profissional de saúde (SILVA; BARROS, 2015).

Todos esses elementos vão influenciar na maneira de entendimento entre os interlocutores durante o processo de cuidar, de forma positiva ou negativa, como está desvelado no recorte do depoimento de E32:

É questão de orientar explicando na língua que eles entendem, eu não tenho que filosofar ou falar no termo técnico que eu como enfermeiro entendo, mas eu tenho que individualizar e questionar se aquela pessoa vai entender com a forma que estou explicando; dependendo da cultura da mãe, do nível de compreensão dela, não tem como eu ser rápida ao repassar a informação, eu tenho que explicar calmamente porque ela é leiga no assunto, eu tenho que explicar de uma forma que ela entenda [...] eu apenas me coloco no lugar dela e tento falar de uma forma clara (E32).

Em um estudo realizado com mães de crianças hospitalizadas em um Hospital Público de referência pediátrica no Ceará, em agosto de 2011, destacou-se a baixa escolaridade das acompanhantes. Torna-se relevante que o profissional de saúde, ao fornecer informações às mães, utilize uma linguagem simples e de fácil compreensão, adequada às habilidades cognitivas destas, favorecendo a compreensão da informação transmitida (FIGUEIREDO et al., 2013).

Complementam Figueiredo et al. (2013) a importância de os profissionais estarem mais atentos para o tipo de informações que eles têm fornecido, de modo a possibilitar que as mães se sintam mais ativas no cuidado dos filhos.

É importante ponderar que o tipo de cuidado desenvolvido no contexto hospitalar, que envolve, entre outros aspectos, complexas exigências para a segurança do paciente, requer um grau de protocolização e normatização de certas rotinas. Estas, inevitavelmente, colocam-se entre o profissional e o paciente, influenciando fortemente o tipo de relação que pode se estabelecer e podem representar, dependendo da rigidez com que sejam tomadas, a diminuição do tempo livre para a escuta e para a interação (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013).

Uma fragilidade referida pelos enfermeiros foi a dificuldade de entendimento por parte do paciente e/ou acompanhante às orientações de prevenção a quedas, podendo gerar erros processuais e humanos, como apreendido nas falas:

Às vezes você pede para esperar um pouco e na hora que você vê, ou no minuto que você descuida o paciente cai [...] já aconteceu do paciente cair na rampa, você não consegue ficar o tempo todo vigiando [...] (E21).

Quando o paciente é consciente, principalmente aqui no setor, eles têm mania de abaixar a grade, sentar na maca [...] tem risco de cair (E3).

Os acompanhantes deveriam ter mais consciência; (SIC) ‘mas o paciente queria descer’; ele não tem que querer, o paciente não manda, é o acompanhante que decide, por isso caiu (E16).

Pesquisas apontam que a maioria dos erros nos serviços da saúde tem origem nas falhas de comunicação entre os profissionais da saúde e isso pode trazer problemas para a assistência do paciente, pode gerar permanências mais longas no hospital, maiores custos em relação ao diagnóstico, ao monitoramento e ao tratamento do paciente, demandar maior atenção dos profissionais, além de afetar o hospital e a sociedade de modo geral. O custo decorrente dos problemas de comunicação é estimado na ordem de US\$ 17 bilhões anuais nos EUA (O’BYRNE; WEAVIND; SELBY, 2008; SILVA; AVELAR; FARINA, 2013).

Os depoentes E32 e E38 corroboram com essas informações ao apontarem que a comunicação ainda é falha na instituição:

[...] Se fossemos fazer um levantamento de todos os erros que temos a resposta seria comunicação; se todos fizessem de uma forma clara, individualizada, de 10 erros cairia para 1 (E32).

A comunicação ainda é um pouco falha principalmente entre os setores; os mínimos detalhes ficam para trás e estes mínimos detalhes é que geram desconforto (E38).

É imprescindível nesse contexto que os profissionais de saúde aprimorem sua capacidade de comunicação, contribuindo para a melhoria do encontro profissional com o usuário, tornando possível a efetivação de um cuidado humanizado (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013).

No contexto da humanização e da cultura de segurança do paciente, é responsabilidade dos profissionais de saúde assegurar que todas as informações sejam transmitidas, inclusive o erro. Um dos relatos de enfermeiro deste estudo retrata essa realidade:

É claro que a família não recebe a notícia tranquilamente, eles sempre questionam [...] ‘nós deixamos o paciente aqui para vocês cuidarem, o que aconteceu?’ [...] a família aceita, mas questiona muito ‘o que aconteceu que nós fraquejamos neste momento?’ eles problematizam um pouco (E20).

Para que estes erros e falhas de comunicação minimizem no ambiente hospitalar é necessário que os profissionais de saúde trabalhem em equipe, tenham treinamentos e linguagens comuns. Isso é verificado nas falas a seguir:

É um conjunto, eu não me acho diferente dos outros, todos nós trabalhamos com a mesma linguagem, mesmo padrão, para ninguém fazer diferente (E12).

A equipe está falando a mesma linguagem, a equipe anda junto, sempre tem treinamentos (E10).

Cada um assume seu paciente, mas as ações são feitas em conjunto (E11).

Além do trabalho em equipe, outro ponto importante para a melhoria da assistência e humanização é a participação do familiar e/ou acompanhante no processo saúde-doença.

O acompanhante é entendido aqui como qualquer indivíduo que de forma voluntária ou remunerada permanece junto do paciente por um período de tempo consecutivo e sistemático, proporcionando companhia, suporte emocional e que, eventualmente, realiza cuidados em prol do paciente mediante orientação ou supervisão da equipe de saúde (PROCHNOW et al., 2009; MEIRA HENRIQUES; CABANA, 2013).

O direito à permanência do acompanhante no ambiente hospitalar já é reconhecido para algumas parcelas de usuários do SUS. Idosos, gestantes, crianças e indivíduos com necessidades especiais prescindem de autorizações especiais para possuírem acompanhantes nos hospitais (SANCHES et al., 2013).

A presença do acompanhante junto ao usuário dos serviços de saúde é uma das estratégias utilizadas para minimizar os efeitos negativos da internação, especialmente aqueles relacionados a aspectos emocionais (MELO; CRISTO; GUILHEM, 2015).

Nesse contexto, faz-se necessária a participação do enfermeiro, demonstrando a sua capacidade de estabelecer uma interação que possa beneficiar o relacionamento da equipe de enfermagem com o cliente, buscando integrar o acompanhante como elemento na recuperação

do cliente e orientá-lo em todo o processo saúde- doença, durante o período de hospitalização, já que a família geralmente precisa assumir a responsabilidade do cuidado ao cliente em casa, após a alta hospitalar (SANTOS et al.,2013a).

Conforme os relatos a seguir, o acompanhante é essencial para assistência de enfermagem e humanização, tornando-se coparticipante do processo:

Na medida do possível, nós vamos tentando manter o acompanhante, facilitando a presença da família; o acompanhante é muito importante porque nós não temos equipe de enfermagem à beira leito como em uma unidade de UTI (E22).

Aqui na Maternidade sempre tem acompanhante junto à paciente, é liberado o acompanhante, é uma ajuda ele estar ali junto à paciente, principalmente quando as grávidas vão descer da cama, o acompanhante auxilia-a (E9).

A presença do acompanhante juntamente às grades de proteção da cama inibe a enfermagem de restringir este paciente (E1).

Aqui dentro do setor não pode ficar acompanhante, que é um fator que complica também, porque às vezes o idoso não sabe dar muitas informações [...] (E3).

Estudos retratam que há confusão pela equipe de enfermagem sobre o papel do acompanhante. Alguns acompanhantes são vistos como indivíduos necessários a minimizar a deficiência de profissionais de enfermagem destinados à vigilância e ao provimento das necessidades dos pacientes ou, em outros casos, o acompanhante assume a responsabilidade do cuidado, ao invés de serem encarados pela equipe de enfermagem como oportunidade de ensino e orientação, esses cuidados são analisados como obrigação (SCHIMIDT; ARRUDA, 2012; SANTOS et al., 2013a).

Santos et al. (2013a) ainda retratam que para os membros da equipe de enfermagem cabe ao acompanhante do cliente hospitalizado proporcionar apoio emocional e auxiliar e/ou prestar cuidados básicos de higiene como trocar fraldas, dar banho e ajudar na alimentação. Acrescenta-se que a interação do familiar/acompanhante com a equipe de saúde é relevante para todos, uma vez que a valorização dessa interação está alicerçada na sua maior participação no desenvolvimento do plano de cuidados, estando sensibilizada e envolvida ativamente nesse contexto. Então, ao assumir a família como parceira, no processo de cuidar do paciente, é necessário considerar e reconhecer que ela é também foco da assistência de enfermagem e sua participação na realização dos cuidados ao paciente é fundamental para sua recuperação.

Outros enfermeiros relataram a dificuldade em atuar junto à família e/ou acompanhante:

Porque o acompanhante às vezes acaba prejudicando [...] (E17).

Às vezes você percebe o risco e a família vai contra, nós temos essas questões; uma grade elevada é um problema constante que muita família não quer deixar [...] (E8).

Sempre que passamos visita, orientamos o acompanhante, às vezes alguns burlam as orientações [...] nós voltamos ao quarto, conversamos, explicamos, falamos dos riscos que o paciente tem [...] a maioria compreende, mas alguns não (risos) (E25).

Não são raros os casos em que as relações interpessoais entre os membros da equipe e os acompanhantes apresentam ruídos, comprometendo o cuidado ao usuário internado. Um agravante para os ruídos na relação entre os acompanhantes e a equipe de enfermagem parece ser a deficiência ou a ausência de clareza na caracterização do que seja um acompanhante (SANCHES; ABRAHÃO, 2011; SANCHES et al., 2013).

Corroborar-se que, apesar de os membros da equipe de enfermagem atribuírem aspectos negativos à presença do familiar acompanhante no cenário hospitalar, eles entendem que, ao estabelecer normas e regras, por meio de orientações, os familiares/acompanhantes podem atuar como elementos ativos de suporte no cuidado integral ao cliente hospitalizado (SANTOS et al., 2013a).

Nesse contexto os enfermeiros reforçaram em suas falas a importância das orientações às famílias e acompanhantes:

Outro fator extremamente importante é a participação do acompanhante; se o acompanhante não estiver envolvido no processo, ele pode ser um problema; se ele não estiver ciente, se ele souber os riscos e os fatores que podem levar o paciente a cair, ele não vai deixá-lo cair, ele vai contribuir para que funcione bem; nós temos na ‘manga’ um fator que contribui muito, que é o acompanhante; nós devemos envolvê-lo no processo sim, mostrando sua importância [...] nós temos que explicar para os familiares junto à equipe; o falar a beira leito é extremamente importante porque assim trabalhamos a promoção da saúde e a prevenção de acidentes (E6).

Falta muita orientação do acompanhante ou do próprio paciente, esta informação deveria vir da portaria, o acompanhante deveria ser mais orientado (E16).

Nós devemos orientar mais os acompanhantes que estão chegando, explicar os riscos que o paciente que ele acompanha tem; o acompanhante tem que participar conosco para diminuir e prevenir eventos, precisa ter mais envolvimento; nós precisamos definir melhor quem vai ficar de acompanhante, porque às vezes troca o acompanhante; (SIC) ‘você não passou isso para mim,

‘você passou para o outro’[...] precisamos ter um treinamento melhor entre os setores para aprimorarmos a questão dos acompanhante (E14).

Independentemente do vínculo que esse acompanhante tenha com o usuário, seja familiar, cuidador formal ou informal, é importante identificar como esses sujeitos entendem a sua participação nesse cuidado, uma vez que, assim, é possível discutir e elaborar estratégias para a construção de uma prática de cuidar que vá ao encontro das necessidades e desejos dos usuários e dos acompanhantes, em que o profissional pode acomodar ou negociar as ações de cuidado, tornando o cuidado à pessoa mais seguro e efetivo (CHERNICHARO; FERREIRA, 2015).

A forma de conduzir a relação com o familiar-acompanhante no cuidado ao cliente hospitalizado é coerente com a política atual de humanização no atendimento à saúde, uma vez que ao centrar-se em princípios como a integralidade, a equidade e a participação social dos usuários, demanda a revisão de práticas cotidianas, criando o espaço dialógico no processo do cuidado (SQUASSANTE; ALVIM, 2009).

Diante disso, cabe à equipe de enfermagem e ao familiar-acompanhante sustentarem uma relação de confiança, de segurança e de respeito mútuo. Além disso, a relação interpessoal e a interação entre ambos proporcionam uma comunicação eficaz, facilitando as intervenções e os cuidados dos enfermeiros com o cliente hospitalizado (SANTOS et al., 2013a).

6.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Os serviços de saúde, sobretudo os hospitais, têm sido afetados pelas mudanças no mundo do trabalho, que se devem, em parte, à reformulação do modelo assistencial proposto para o Brasil pelo SUS. Destaca-se o impacto tecnológico associado à inserção de novos saberes necessários ao exercício das diferentes profissões da saúde, exigindo de todos os profissionais da área, sobretudo dos enfermeiros, um perfil mais adaptativo e flexível (BERNARDINO; FELLI; PERES, 2010).

No desvelar dos depoimentos dos participantes deste estudo em relação à atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar identificou-se uma subcategoria: a formação e o processo de trabalho do enfermeiro na interface da segurança do paciente, em que revelam a dicotomia entre a formação e a práxis, a articulação entre gerência e assistência, a Educação Permanente, a gerência de conflitos e a sobrecarga de trabalho.

6.4.1 A formação e o processo de trabalho do enfermeiro na interface da segurança do paciente

O enfermeiro, em uma unidade hospitalar, é um dos responsáveis pela assistência prestada ao cliente e desempenha funções administrativas e assistenciais com vistas à realização do cuidado. Para a articulação dessas funções o enfermeiro adapta constantemente seu processo de trabalho, ao mesmo tempo em que tem o usuário como eixo central de suas ações (ALMEIDA et al., 2011).

No contexto assistencial os enfermeiros relataram ações que realizam na instituição em seu cotidiano de trabalho e aquelas que são praticadas pela equipe de enfermagem.

Nós entrevistamos o paciente primeiro, verificamos se ele é alérgico a algum tipo de medicamento, se ele tem risco para queda; conversamos com o paciente, fazemos anamnese do paciente, realizamos o projeto terapêutico e o aplicamos desde sua admissão no hospital (E5).

Nós avaliamos o risco de hipotermia, mantemos as incubadoras aquecidas e umidificadas para não deixar o bebe hipotérmico; mantemos as grades elevadas para evitar risco de queda; mantemos o colchão piramidal e realizamos mudança de decúbito para evitar risco de lesão e úlcera por pressão; rodizamos o sensor de oxímetro para evitar lesão de pele; mantemos a cabeceira elevada para evitar risco de broncoaspiração; avaliamos e fazemos manutenção preventiva dos equipamentos para evitar alguma perda ou dano; fazemos treinamentos com os funcionários para evitar erros de medicação; colocamos horário na prescrição médica e avaliamos os horários, interação medicamentosa juntamente com a farmácia; se o aprazamento não estiver de acordo nós aprazamos novamente e comunicamos o médico; avaliamos os riscos transfusionais, enviamos amostras de sangue, recebemos a bolsa, conferimos, instalamos, tudo para avaliar os riscos; nós trabalhamos o dia inteiro em cima de riscos (risos) (E13).

Já faz 02 anos que só a enfermeira administra quimioterápico; não que o técnico de enfermagem não seja capacitado para isso, ele é, mas por causa das normas de segurança nós achamos melhor apenas o enfermeiro administrar (E39).

Nós realizamos a triagem do paciente [...] tanto a enfermeira quanto o técnico de enfermagem identificam os riscos, que é uma segurança para o paciente [...] (quando acontece algum dano ao paciente) imediatamente nós abrimos o 'Evento Adverso', avaliamos a falha, reunimos as pessoas envolvidas e realizamos um Plano de Ação para evitar que isso ocorra novamente (E16).

Observamos nos relatos que os enfermeiros em sua prática assistencial estão preocupados com os riscos que o paciente pode ter durante o período de internação e que os mesmos são identificados desde a admissão do paciente.

As instituições hospitalares estão cada vez mais preocupadas em garantir um atendimento de qualidade a seus clientes. Nesse âmbito, a segurança do paciente, por meio do gerenciamento de riscos, tem recebido destaque com a implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos, bem como aos danos ao cliente decorrentes da assistência à saúde. Como passa a maior parte do tempo em contato com o cliente, o enfermeiro é um dos principais profissionais engajados na identificação e gestão destes riscos (FASSINI; HAHN, 2012).

Em relação ao gerenciamento dos cuidados os enfermeiros depoentes relataram ações que realizam na supervisão da assistência:

O painel de risco é evidenciado na evolução e na prescrição de enfermagem; nós conferimos em todos os plantões e nas evoluções se o painel está sendo efetivo, se os colaboradores estão realmente olhando os riscos e prevenindo-os; nós atuamos diretamente com a equipe, orientando e avaliando se realmente está havendo prevenção dos riscos que a gente detectou (E36).

Nós dividimos a assistência por paciente, por complexidade, não tem como você falar: ‘eu fiquei com todas as crianças graves do setor’, não; é dividido por complexidade, é dividido por paciente (E32).

Nós passamos visita nos leitos, então o que nós vamos encontrando, vamos corrigindo e vai melhorando; o treinamento com o colaborador é contínuo (E7).

Em uma revisão integrativa, realizada no período de outubro a novembro de 2010 com artigos originais publicados entre os anos de 2005 e 2010, foram identificadas oito ações de gerência do cuidado realizadas por enfermeiros no seu cotidiano de trabalho, sendo elas: realizar o dimensionamento da equipe de enfermagem; exercer liderança; planejar a assistência de enfermagem; educar/capacitar a equipe de enfermagem; gerenciar recursos materiais; coordenar o processo de realização do cuidado; realizar procedimentos complexos e avaliar o resultado das ações de enfermagem (SANTOS et al., 2013b).

As DCNs visam a uma formação generalista para o enfermeiro, preparando-o para tomar iniciativas, gerir o cuidado, a força de trabalho, os recursos físicos e materiais e de informação. Para que isso ocorra, é necessário um enfermeiro de atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso social (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011).

Verificamos por meio das falas dos enfermeiros que a dicotomia entre a formação e a práxis hospitalar é vivenciada em seu dia a dia de trabalho:

A nossa formação às vezes não consegue dar uma visão geral da assistência e na hora que a gente chega a um hospital, nós ficamos um pouco perdida [...] dentro de uma unidade nós somos referência de gerenciamento, nós temos um pouco de visão de cada coisa [...] (E28).

O que foi passado na época da faculdade visava somente o tratamento da doença e hoje não (E40).

Quando o paciente chega ao setor, nós temos que conferir o nome do paciente, conferir a medicação, o leito correto, via correta, é isso que verificamos na faculdade; quando nós entramos em uma instituição, aprendemos que isso é mais amplo, nós não temos apenas o risco com a medicação, temos que observar o risco de queda, o risco com a úlcera por pressão [...] (E5).

O processo de formação do enfermeiro se constitui em um grande desafio na contemporaneidade, que é o de formar profissionais com competência técnica e reflexiva, dotados de conhecimento, raciocínio, percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, devendo estar capacitados para intervirem em contextos de incertezas e complexidade (SILVA et al., 2010).

É necessário que a formação e a práxis do enfermeiro transitem entre as dimensões cuidadora, gerencial, educadora e de investigação científica (SANTOS et al., 2013b). É necessário que o enfermeiro tenha capacidade de aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser, garantindo-lhe competência para atuar com autonomia e discernimento, assegurando integralidade da assistência, qualidade, eficiência e resolutividade nos serviços de saúde (DELORS, 1996 *apud* SILVA et al., 2010).

Apesar das diferentes formações dos profissionais da enfermagem, a relação entre formação e prática não se estabelece de forma linear, uma vez que nem sempre quem possui menor tempo de estudos tem menores condições de lidar com os desafios da prática (FISCHBORN; VIEGAS, 2015).

Os enfermeiros têm buscado novos conhecimentos por meio de estudos e capacitações pessoais, como se apreende nos recortes dos depoimentos:

As experiências de pós-graduação, as discussões que fazemos com colegas que trabalham em outras instituições, verifico que a nossa instituição está conseguindo ter um olhar mais avançado (sobre segurança do paciente), acredito que nós estamos no caminho certo (E36).

Eu acho que é importante nós pesquisarmos sobre segurança do paciente; tem artigos sobre segurança, cada dia crescendo mais, mas muitas vezes a gente lê e não consegue identificar realmente as falhas nos processos [...] (E28).

Compreendendo as mudanças no mundo do trabalho, os profissionais de saúde devem ser cada vez mais qualificados e atualizados (KOBAYASHI; LEITE, 2010). O acesso ao conhecimento é primordial para que o enfermeiro tome consciência de si e reflita sobre as suas ações para lidar melhor com decisões no trabalho e escolhas no exercício profissional (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011).

A atualização contínua emerge como uma importante ferramenta, a qual também possibilita ao enfermeiro ser um agente multiplicador de saberes (AMESTOY et al., 2010).

A instituição não apresenta muita rotatividade de funcionários, conforme os relatos dos depoentes, mas há a preocupação dos enfermeiros quanto à atualização de saberes, como apresenta E14:

Nós temos que capacitar muito os funcionários [...] o hospital está crescendo, tem muita entrada de funcionários novatos, precisamos ter mais treinamentos constantes, com todos os protocolos, porque são muitos; devemos fazer uma reciclagem [...] os profissionais acabam entrando na rotina e esquecem um pouco, no dia a dia, das atividades que tem que fazer e do que tem que prevenir para termos uma segurança maior com o paciente (E14).

Implementar processos de educação permanente em saúde implica trabalhar com uma estratégia que inclua o desenvolvimento de processos de mudança, permitindo alcançar o desenvolvimento do trabalhador e do trabalho, uma vez que a melhoria das competências organizacionais e prestações de serviços dos profissionais permitem melhorar a qualidade da atenção, garantindo maior satisfação dos usuários do serviço de saúde (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

No relato de E22 desvela-se a preocupação da instituição em enviar seus colaboradores a congressos para renovar seus saberes: “Muitas vezes a instituição nos concede essa oportunidade, nos encaminhando para workshop, congressos [...] poderia acontecer mais (risos) para ajudar no nosso crescimento [...]”.

Para que os enfermeiros consigam bons resultados nos serviços de saúde é necessário que ele atue como líder. A educação permanente é fundamental neste processo, uma vez que ajusta a equipe de saúde às necessidades vigentes na sua prática (SILVA et al., 2014).

A liderança é entendida aqui como a arte de influenciar pessoas a cumprir uma determinada tarefa e alcançar um objetivo comum, utilizando-se das melhores estratégias, mantendo uma visão de futuro e sendo inovador. Ao líder cabe estimular a criatividade dos

liderados, criar vínculos, promover discussões coletivas e desenvolver o trabalho em equipe, de forma a alcançar o sucesso nos atendimentos prestados (SILVA et al., 2014).

Em alguns depoimentos os enfermeiros expressam a importância do exercício da liderança no serviço de saúde:

Não adianta o coordenador querer trabalhar sozinho, ele não vai conseguir; se todos não estiverem envolvidos no processo, não vai funcionar [...] (E6).

Nós só conseguimos uma boa resposta de treinamento se a gente é o agente que faz, ou seja, tem que começar por mim, eu tenho que fazer correto para que eu influencie os meus colaboradores [...] eu tenho que fazer primeiro para depois passar orientação a eles [...] eu tenho que acompanhar; não adianta fazer um treinamento e não acompanhar os resultados (E32).

Nós ainda temos muita resistência dos profissionais; nós recebemos muitas pessoas novas, nós temos que engajar nossa equipe; é complicado a parte de aceitação, de entendimento, nós sabemos que sim, mas pelo menos o nosso papel de incentivo, de esclarecimento, de orientação nós temos feito; nós tentamos mostrar para eles (funcionários) que quando alguma coisa dá errado que a falha não é apenas de uma pessoa; nós trabalhamos em equipe então, o processo inteiro influencia naquele erro [...] eu acho que eles conseguem extrair bem isso, nós conseguimos ter um retorno bom, mas não é 100% (risos) (E42).

Eu acredito que a segurança do paciente está 95% na mão da enfermagem, então eu acredito em uma equipe capacitada, empenhada, disposta, que cuide de uma maneira global, que veja o paciente como um todo; acredito nessa capacitação, em treinamentos, em estimular a equipe e corrigir, não deixar passar nenhum evento, corrigir todos para não voltar acontecer; nós temos que nos empenhar (E7).

No cotidiano em saúde, o desafio do exercício da liderança pelos enfermeiros é a prática da comunicação franca, aberta, direta e transparente. A chefia de enfermagem surge como elemento indispensável à condução do trabalho em equipe, possibilitando reduzir as lacunas no processo. A liderança, quando alicerçada em conhecimentos e em habilidades técnica, administrativa e relacional, fortalece as competências da equipe e gera segurança no desempenho das atividades (BALSANELLI; CUNHA, 2006; MOURA et al., 2013).

O enfermeiro, por exercer a coordenação da equipe de enfermagem e a gerência de unidades e instituições hospitalares, em geral, é visualizado como o profissional de referência para os membros da equipe de trabalho e para os usuários. Estes, quando socializados com a equipe de enfermagem, podem contribuir para que cada trabalhador possa desenvolver suas potencialidades (MAXWELL, 2008 *apud* AMESTOY et al., 2010).

O gerenciamento na enfermagem está fortemente vinculado às ações de organização, planejamento, definição de recursos e supervisão, esta última caracterizada pela orientação e coordenação facilitadora do ambiente de trabalho (KURCGANT, 2011; GIORDANI; BISOGNO; SILVA, 2012).

Alguns relatos apontam para a atuação do enfermeiro no gerenciamento da unidade:

No gerenciamento total da unidade eu tenho que me preocupar desde o processo de controle de qualidade até a assistência do paciente até sua alta, não só em questão da enfermagem, mas da equipe multiprofissional; apesar da minha formação ser de enfermeira a minha atenção na segurança envolve todo o processo assistencial; eu preocupo com o acesso venoso perdido, com a medicação, mas eu também preocupo se essa paciente teve uma identificação lá na internação no processo correto, se ela subiu correta, se ela teve problemas no acesso para chegar até aqui, se ela foi bem atendida conforme a identificação de risco, se ela passou por um processo assistencial correto, se ela teve uma alta segura [...] (E28).

A minha função é gerenciar, verificar se realmente as coisas estão sendo feitas, se estão sendo tomadas as medidas protocoladas de segurança; nós fiscalizamos o controle da integridade da pele do paciente, estabelecemos prescrições de cuidado, organizamos e separamos o cuidador para cada paciente individualizado; os funcionários são uma linha de cuidados a beira leito, a nossa função vai além da beira leito, é de gerenciamento, de fiscalização das ações de enfermagem (E15).

Nós revemos os processos e disseminamos para equipe; nós atuamos também na assistência direta então, se eu estiver passando pelo corredor e verificar que tem uma grade de leito não elevada, a minha obrigação é elevar a grade independente de qual seja a minha função [...] a nossa responsabilidade é repassar os treinamentos para enfermeiros e técnicos de enfermagem [...] na verdade, nós (supervisores) não atuamos direto na assistência, a não ser quando for solicitado; nós ficamos mais na parte administrativa (E24).

Nós trabalhamos na elaboração e revisão dos protocolos; fazemos análise dos eventos adversos e sentinelas que acontecem no setor [...] traçamos um Plano de Ação para que não aconteça novamente (E14).

Observa-se que no processo de trabalho do enfermeiro não tem como separar assistência de gerência, uma vez que são interligadas.

As dimensões assistenciais e gerenciais do cuidado são complementares, razão pela qual o enfermeiro gerente do cuidado, ao administrar recursos de ordem organizacional ou relacionados diretamente como usuário, desenvolve um conjunto de atividades voltadas ao

processo de trabalho assistencial. Assim o enfermeiro administra assistindo e assiste administrando (ALMEIDA et al., 2011; GIORDANI; BISOGNO; SILVA, 2012).

Em seu processo gerencial, os enfermeiros lidam com várias questões relacionadas a conflitos internos e externos. O depoente E12 retrata que um dos conflitos está relacionado à atuação do enfermeiro assistencial junto aos técnicos de enfermagem:

Nós que estamos entrando na instituição temos um lado mais humilde, precisa haver uma melhora do outro lado dos funcionários também [...] eu converso com os meus colegas, eu falo que eu não estou aqui para chamar atenção, por mais que eu seja uma enfermeira, também sou funcionária como eles (E12).

Situações de conflitos requerem dos gerentes de enfermagem habilidades para identificar a causa desses comportamentos, e de posse dessas informações, traçarem estratégias para solucionar os problemas encontrados. A administração de conflitos é uma competência que não está desarticulada do trabalho em equipe, da comunicação e da coordenação da assistência. Essa articulação faz com que o enfermeiro se torne uma referência entre os demais profissionais, principalmente na resolução de conflitos (LELLI et al., 2012).

Essas situações têm valor positivo quando são utilizadas como impulsionadoras do crescimento pessoal e organizacional, da inovação, bem como da produtividade, funcionando como um fator desencadeante de mudanças pessoais, grupais e organizacionais; mas se os conflitos não forem conduzidos adequadamente, podem tornar-se prejudiciais à organização do trabalho, interferindo de forma negativa na motivação e no rendimento dos trabalhadores (SPAGNOL; L'ABBATE, 2010). Por isso a importância da atuação de enfermeiros líderes, transformacionais.

Os enfermeiros precisam atuar conforme os protocolos institucionais. Poucos enfermeiros relataram sobre o exercício de autonomia na assistência. A autonomia está relacionada à capacidade dos enfermeiros em resolver problemas do cotidiano hospitalar, da profissão, da equipe de enfermagem, da equipe multidisciplinar ou até mesmo do cliente (LELLI et al., 2012). A autonomia foi mais identificada nas falas dos enfermeiros que atuam na assistência direta ao paciente, como desvelado nos recortes:

No plantão há divisão de pacientes para prestarmos assistência; pode acontecer em um quarto, um paciente estar sobre minha responsabilidade e os outros não então, mesmo nestes casos, se eu percebo que o paciente está diferente, prostrado ou agitado, comunico a supervisora ou se for o caso comunico o médico plantonista também (E1).

Sobre medicação, se não está checada, os técnicos de enfermagem vão atrás, nós não temos tempo de olhar todas as prescrições, então eles ficam em cima, ou às vezes eles mesmos ligam para o funcionário, se já foi embora, para saber se ele fez; eles vão atrás, nós não temos muito tempo para ficar em cima; na UTI os enfermeiros colocam horário na prescrição, na ala não, são os funcionários mesmos, eles têm essa visão do que está acontecendo, mas é tudo dentro do que a gente já orientou (E17).

A divisão do trabalho não impede que, na realização da atividade, ocorra a fusão de papéis entre os membros da equipe de enfermagem (FISCHBORN; VIEGAS, 2015). Em algumas falas verificamos a divisão de trabalho presente na instituição:

O enfermeiro 1 aqui na Maternidade ele é praticamente igual o técnico de enfermagem porém, ele tem uma visão melhor do paciente; como ele fez faculdade, ele tem uma visão melhor da assistência ao paciente (E9).

Como eu sou enfermeira 1, eu atuo mais com os técnicos de enfermagem; tudo que acontecer com meu paciente eu tenho que passar para minha enfermeira chefe, para que ela tome a conduta necessária [...] tudo é passando para os chefes (E30).

No meu setor há diferentes níveis de atuação, eu tenho auxiliar e técnico de enfermagem e eu tenho enfermeiros que prestam assistência direta ao paciente [...] todos são capacitados da mesma forma, porém, por exemplo, as enfermeiras podem fazer sistematização de enfermagem e podem fazer o painel de risco que a gente faz [...] (E32).

A dificuldade em definir os papéis e limites de atuação de cada profissional da enfermagem foi presenciada em alguns momentos. Essa dificuldade ocorre justamente porque em algumas situações esses papéis são claros e definidos e, em outras, essa definição é maleável, solúvel ou invisível (FISCHBORN; VIEGAS, 2015).

Organogramas clássicos, estruturas hierarquizadas verticais, responsabilidades e formalização das relações ainda são presentes no cotidiano do trabalho em saúde. A hierarquização de tarefas e de saberes pode gerar tensões e afeta a autonomia de muitos dos profissionais. Muitos trabalhadores são frequentemente impedidos de agir, mesmo sabendo como fazê-lo, uma vez que a ação precisa ser validada primeiramente pelo seu superior. A autonomia ‘vigiada’ interfere na construção de conhecimentos gerados nas relações de trabalho (SANTOS et al., 2013c; THOFEHN et al., 2015; FISCHBORN; VIEGAS, 2015).

Outros pontos que atrapalham o processo gerencial – assistencial do enfermeiro está relacionado à força de trabalho. Os depoentes relataram fatores relacionados à sobrecarga de trabalho:

Nós temos muitos funcionários novatos, o tempo de treinamento é pouco, infelizmente nós não temos tempo para ficar olhando eles, orientando [...] logo eles já estão assumindo paciente; o risco de um paciente sofrer um dano é muito grande, ele está muito susceptível a isso [...] infelizmente nós não temos como deixá-lo apenas de suporte, porque não tem funcionário! (risos); nós temos que dar paciente para o funcionário novo assumir e o risco é dobrado, se com os funcionários antigos já acontece erro, imagina com os novatos [...] a população cobra muito, é muito exigente; nós temos que dar o máximo de atenção à pessoa e nós não temos muito tempo, fica uma sobrecarga muito grande em cima dos funcionários [...] acredito que todos os setores estão assim, mas a instituição está contratando mais, espero que melhore (E17).

Acredito que se tivéssemos mais funcionários a assistência ficaria melhor [...] sobrecarrega muito o funcionário; às vezes o paciente não recebe a assistência ideal, perfeita, devido a isso [...] tem muita coisa para fazer e acaba ficando uma coisa ou outra a desejar (E26).

Poderia estar contratando mais funcionários; nós trabalhamos dentro das leis do Conselho, às vezes nós assumimos três pacientes aqui e é tão corrido que isso acaba gerando alguns erros (E30).

Nas alas de internação é muito puxado para as enfermeiras, é bem complicado [...] às vezes a enfermeira não consegue ter um acompanhamento direto e acaba priorizando um ou outro paciente que é mais grave (E36).

O funcionário às vezes tem o desgaste profissional ou vem cansado para o serviço, tudo isso é fator de risco para o paciente; essas coisas ainda precisam ser trabalhadas (E27).

Um estudo realizado em um Hospital Universitário de grande porte no Sul do Brasil em 2011 retrata que o aumento do número de pacientes atribuídos à equipe de enfermagem por dia é significativamente associado ao aumento da incidência de erros, quedas do leito, infecções, absenteísmo e rotatividade de profissionais. O estudo também evidenciou que quanto maior o número de pacientes atribuídos à enfermagem menor é a taxa de satisfação dos pacientes com a equipe (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

A sobrecarga de trabalho do enfermeiro é um dos fatores limitadores à implementação do processo de trabalho com articulações gerenciais, assistenciais e educativas. A excessiva carga de trabalho influencia na prestação dos cuidados, no gerenciamento da equipe de saúde e na organização do serviço de enfermagem como um todo (GIORDANI; BISOGNO; SILVA,

2012). Essa sobrecarga está diretamente relacionada com o número de pacientes internados. A superlotação também é visível nas falas dos enfermeiros depoentes, principalmente nos setores de urgência/ emergência:

Aqui é para 10 leitos, mas já teve vezes de ficar 22, 20 pacientes [...] a superlotação é um risco; não dá tempo de dar atenção a todos [...] a infraestrutura melhorou muito, mas mesmo assim não comporta todos pacientes; o espaço ainda é pequeno para o hospital (E3).

O nosso fluxo é muito grande de pacientes, às vezes nós temos falta de profissionais para atender a quantidade de pacientes que chegam; alguma coisa fica por fazer, não que vá prejudicar o paciente, mas o que eu poderia fazer a mais para o paciente eu não posso fazer [...] aqui nós temos 03 leitos de estabilização, mas hoje nós temos 04 pacientes no setor; acontece de ficar 05 ou 06 pacientes, principalmente quando não tem vaga na UTI [...] o paciente fica esperando; quando chega novos pacientes não tem como a gente prestar assistência total ao paciente (E23).

A inter-relação entre o crescente aumento da expectativa de vida dos brasileiros e o aumento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis tem prejudicado os serviços de saúde (DUNCAN et al., 2012). Corroboram Bittencourt e Hortale (2009); Santos; Espírito Santo (2014) que a superlotação é definida como uma saturação do limite operacional, retratada pela falta de leitos disponíveis, sala de espera lotada de pacientes e equipe de profissionais no limite da exaustão.

A criticidade e complexidade da assistência também são vivenciadas pelos enfermeiros de clínica-médica, conforme o relato a seguir: “Apesar de sermos uma clínica médica, nós não estaríamos recebendo pacientes em ventilação mecânica, mas é uma realidade nossa; nós temos pacientes que descem mais para conforto, para ficar com a família” (E22).

Os meios de comunicação constantemente relatam más condições de trabalho, recursos limitados, superlotação e longas esperas nos hospitais públicos brasileiros, expondo os pacientes a erros médicos e falhas na assistência. Relatos assim alimentam a percepção da população sugerindo a ineficiência dos profissionais da saúde (MAGALHÃES; DALL’AGNOL; MARCK, 2013).

Mesmo com várias dificuldades enfrentadas por essa instituição como em outras do país, o hospital tem dado oportunidade aos enfermeiros quanto ao crescimento profissional, como apresenta E35: “Eu estou no processo de transição, antes eu ficava na sala de parto acompanhando todo o trabalho de parto [...] agora estou ficando na coordenação, em treinamento, na parte de supervisão”.

As experiências com o processo de escolha de chefias, de forma eletiva ou consultiva, são retratadas como importantes para o crescimento do grupo. No estudo realizado por Moura et al. (2010) os respondentes se referiram à importância de o futuro chefe ter domínio de conhecimento e competência técnica na área de enfermagem específica, demonstrando habilidade clínica reconhecida, por meio de cuidado de enfermagem de alta qualidade ao paciente e à família. Além da visão específica da unidade, o líder/chefe deverá ter uma visão ampliada de toda a instituição e das interações que ocorrem em todos os níveis de atenção.

Pesquisadores analisando esse contexto referem que é possível explicar a diferença no fazer de um e outro profissional, ou seja, eles possuem a mesma formação acadêmica, os mesmos saberes formais, porém, cada um carrega consigo os seus saberes, construídos ao longo da vida por meio das mais variadas experiências, e que não podem ser totalmente controlados pelos protocolos institucionais (VIEGAS; BORRÉ; GRAESEL, 2016).

Os profissionais de enfermagem, ao compreenderem suas responsabilidades nos serviços de saúde, podem ser instigados a buscar formas mais criativas e inovadoras de ser e estar nestes contextos. Para inovar é preciso ter coragem, lealdade, responsabilidade e ética para criar e recriar os processos, por meio da complexidade da própria vida. Para produzir e viver bem, é necessário favorecer o equilíbrio da totalidade das dimensões do ser humano, biopsicossocial e espiritual e, conseqüentemente, do espaço em que vive (SVALDI; SIQUEIRA, 2010).

7 ANÁLISE DIALÉTICA

O primeiro ponto de extrema relevância identificado no estudo foi o elevado número de enfermeiras mulheres atuante na instituição.

A figura da mulher desde a antiguidade está relacionada ao cuidado da casa e da família, sendo considerada a primeira enfermeira da sociedade. Com a ascensão da mulher no mercado de trabalho desde a segunda metade do século XX, as jovens mulheres buscaram qualificação e formação em enfermagem, função antes designada às religiosas dos hospitais (SOUZA et al., 2014; SOUZA, 2014).

Atualmente emerge uma discussão sobre como esses profissionais estão saindo para mercado de trabalho. Um dos 31 (74%) enfermeiros formados nos últimos dez anos retrata que: “o que foi passado na época de faculdade visava somente o tratamento da doença e hoje não” (E40). Reitera-se que a formação da maioria desses enfermeiros estava entre o período de 2005 a 2015. Período que as DCNs, os princípios dos SUS e as Políticas de Humanização e Acreditação já faziam parte da base curricular desses profissionais e mesmo assim o depoente apresentou uma visão restrita de formação.

Grande parte dessa questão esbarra nas divergências existentes entre as bases da formação e as exigências do mundo do trabalho no que concerne à atividade do profissional enfermeiro. Ao mesmo tempo o enfermeiro é pressionado pela instituição em que atua a atender necessidades da demanda e produtividade e, ao enfatizar esta dimensão técnica do ‘fazer’, contradiz a ação crítico-reflexiva do profissional, pretendida pelo ensino e pelas políticas de saúde (PERES; CIAMPONE; WOLFF, 2008; MONTEZELI; PERES, 2012).

Para minimizar a dicotomia existente entre a formação e a práxis é necessário que os profissionais de saúde não tenham somente uma preparação técnico-científica específica, mas que se apoiem em uma concepção de saúde que norteie seu modo de assistir, colocando-os frente às questões que envolvem a saúde como um todo a fim de investir na construção de novos conhecimentos ético-educacionais (FONSECA, 2014).

Em contrapartida, o enfermeiro, ao citar que as ações realizadas durante sua atuação “são independentes do que é cobrado por lei e que são valores muito além do que é cobrado” (E21), prima por outro princípio de sua formação: a Bioética. Ao entenderem que a ética nas atividades em saúde não devem ser pontuais, os profissionais adotam uma postura de responsabilidade social e respeito à cidadania (JUNQUEIRA, 2010).

Na esfera da beneficência/não-maleficência, os enfermeiros, ao explanarem que “nós temos que fazer o melhor para que não ocorra nenhum risco com o paciente na instituição” (E4),

entendem que, para a efetividade dessa segurança, em fazer o bem e inibir o mal, devem utilizar estratégias e ferramentas já citadas anteriormente, como protocolos, projetos terapêuticos, escalas, checklists, planos de ação e indicadores de qualidade.

Ao mesmo tempo as narrativas apresentam a importância dada pelos enfermeiros ao identificar os erros, notificar os eventos, analisar e avaliar os processos. Verificamos o compromisso dos participantes em prestar uma assistência livre de danos consoante ao que estabelece o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

As DCNs trazem que o enfermeiro deve utilizar instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde e deve implementar ações, procedimentos e estratégias de enfermagem, avaliando a qualidade e o impacto de seus resultados (BRASIL, 2001b).

No tocante à formação profissional e à Bioética, e tendo como foco a assistência individualizada e adequada às melhores práticas de qualidade e segurança do paciente, os serviços de saúde têm buscado, por meio da Acreditação, alcançar esses objetivos.

A Acreditação tem como base os princípios de qualidade propostos por Donabedian (1980): estrutura, processos e resultados. Essa busca constante das instituições de saúde por qualidade as torna mais seguras e eficientes, sendo a atuação do enfermeiro fundamental nesse processo.

A narrativa de um dos enfermeiros remete à motivação e ao empenho frente ao processo de acreditação: “nós somos uma instituição que adquiriu nível 03 de acreditação, nível de excelência, mas isto não significa que somos excelentes, significa que nós temos que buscar através dos processos a melhoria da assistência ao paciente [...]” (E18).

Acrescenta-se ainda que o baixo salário pessoal apresentado por 22 (52%) dos enfermeiros não impede os profissionais de melhorar o seu ambiente de trabalho e os processos em saúde. Esse compromisso é intrínseco quando observamos que apenas oito (19%) possuem outro vínculo empregatício.

Mesmo sendo uma instituição com Acreditação em Excelência, os riscos à saúde dos pacientes, família e sociedade ainda são inerentes ao serviço. Ao depor que “o risco para o paciente impacta em tudo; impacta na alta, no giro de leitos, no diagnóstico do paciente [...]” (E4), o enfermeiro corrobora com a OMS ao retratar que a falta de segurança do paciente nas instituições de saúde é um grave problema de saúde pública e que está proporcionalmente relacionada ao aumento do número de erros, de infecções e ao aumento do número de reinternações e custos em saúde (WHO, 2016).

No Brasil, esse cenário é agravante; as falhas atingem diretamente os cofres públicos. A política de integralidade, universalidade e equidade, proposta pelo SUS desde a década de 1990, Brasil (1990), ainda não conseguiu minimizar os erros cometidos nas instituições de saúde.

Na busca da qualidade frente à minimização de erros e falhas as instituições esbarram em outro impasse, a burocratização da assistência. Ao relatar que “nós vemos a equipe de enfermagem e os médicos passando plantão com foco no papel; eles não assistem o paciente [...]” (E41), o enfermeiro retoma que a parte burocrática no serviço de saúde tem servido como fim, e não como instrumento de trabalho.

O foco principal de todo profissional de saúde deve ser a assistência integral ao paciente, e não aos papéis. A informatização, a utilização de checklists e o preenchimento de “papéis” são imprescindíveis nos serviços de saúde, mas não devem ultrapassar os limites da assistência. O excesso de burocracia pode levar ao engessamento da organização caracterizada pelo apego total às normas e rotinas (TIMENI, 2011; BRITO; VENTURA, 2015).

Diante da complexidade do cenário hospitalar e da quantidade de atividades que o enfermeiro deve realizar, urge a necessidade de buscar novos saberes (BACKES et al., 2008; SOARES et al., 2016). Nesse contexto torna-se essencial a busca e realização de educação continuada e permanente entre os profissionais.

A educação permanente e continuada são indispensáveis aos programas de formação e desenvolvimento das equipes de enfermagem e das instituições de saúde. A qualificação dos profissionais e a produção de conhecimento devem fazer parte de um processo contínuo, de disseminação de informações e avaliação dos recursos humanos (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006; LAZZARI; SCHMIDT; JUNG, 2012).

Um depoimento corrobora com essas informações:

Nós buscamos a partir da educação permanente, educação continuada conscientizar a equipe [...] a equipe muda sua visão a partir do momento que ela tem conhecimento de efeito e causa, a equipe começa a perceber o resultado daquilo que estão fazendo e isto é muito bom, é muito gratificante” (E18).

A capacitação dos profissionais deve ser constante, como apresenta E13: “conscientização dos colaboradores é importante, tem que ser educação continuada; se você dá um treinamento e deixa, a equipe esquece [...]”.

Imersos nessa realidade de treinamentos e capacitação, os enfermeiros apontaram em suas falas a falta de adesão da equipe nos processos e as dúvidas/incertezas sobre a segurança do paciente como falhas da educação em saúde. Os relatos de E37 e E3, respectivamente,

retratam esses assuntos: “precisamos de mais orientações aos médicos, ao corpo clínico, para melhorar a segurança porque não são todos que estão engajados”; “eu sou crua neste assunto, é uma coisa que a gente vê no dia a dia, mas mesmo assim [...]”.

Svaldi e Siqueira (2010) apontam que é necessário provocar nos profissionais de enfermagem instabilidade/questionamentos para fazê-los perceber que são agentes de ação, manutenção, construção e transformação do seu espaço/ambiente e que são capazes de produzir/lançar uma nova forma de pensar e agir.

Ainda são poucos profissionais que conseguem colocar em prática a transdisciplinaridade (saber e fazer), mas, ao trabalhar com a intenção, a humanidade, a totalidade e o respeito ao outro, conseguem atingir uma práxis transformadora (FONSECA, 2014).

Nessa nova forma de pensar, um dos enfermeiros aponta que a segurança do paciente vai além da assistência intra-hospitalar, que ela transita entre os três níveis de atenção à saúde, como é apresentado por E28: “nós não somos voltados apenas para a segurança intra-hospitalar, a nossa preocupação vem desde o nível primário passando pelo secundário, terciário e quando devolvo o binômio mãe-filho para a atenção primária [...]”.

Essa fala remete a outro ponto de atuação do enfermeiro para integralidade da assistência, o sistema de referência e contra referência. O sistema é considerado o principal elemento para a integração das redes de saúde e é entendido também como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços (MENOZZI, 2013).

Ao entender que a sua atuação na segurança do paciente perpassa os três níveis de atenção, o enfermeiro se preocupa com a inserção da temática nas demais esferas de saúde, ponto essencial discutido atualmente pela OMS.

Em contrapartida, ao relatarmos que “o enfermeiro 1 é praticamente igual ao técnico de enfermagem” (E9), os enfermeiros incitaram outro paradoxo presente na maioria das instituições de saúde, a hierarquização de saberes e a fragmentação da assistência.

A fragmentação existente entre os profissionais e suas respectivas práticas nos serviços de saúde constitui um obstáculo significativo ao princípio da integralidade. A simples constituição das equipes multiprofissionais não superou a disfunção das diversas especialidades manifestadas no cotidiano dos serviços de saúde (GOMES, PINHEIRO, GUIZARDI, 2013).

Reitera-se que essa fragmentação está relacionada à divisão do trabalho. A divisão de trabalho em saúde é presente quando o assunto está relacionado ao poder de decisão, uma vez

que, além de uma divisão de tarefas, há uma divisão no acesso à tomada de decisões e à participação nestas (FISCHBORN; VIEGAS, 2015).

Fischborn e Viegas (2015) contemplam ainda que para os técnicos de enfermagem o controle do processo é limitado, uma vez que executam as ações que outros profissionais da saúde elaboram em conjunto com a equipe administrativa do hospital. Já o enfermeiro torna-se responsável por uma equipe de técnicos, na qual muitos têm maior experiência prática do que seus superiores.

Superar a fragmentação de saberes e a divisão de trabalho não é homogeneizar as práticas ou negar as diferenças existentes entre as profissões, é “agir em concerto”, em orquestração, em prol de um objetivo comum, que é a saúde do usuário; é perceber que o trabalho só ocorre com a participação de todos (GOMES, PINHEIRO, GUIZARDI, 2013).

Nesse contexto, a existência de equipes que motivem a promoção de mudanças institucionais precisa de uma liderança clara, sendo a figura do enfermeiro garantia de sucesso (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010).

O depoimento de E7 corrobora com essa informação: “acredito na capacitação, nos treinamentos, em estimular a equipe e corrigir, não deixar passar nenhum evento, nós temos que nos empenhar”.

A liderança, quando alicerçada em conhecimentos e em habilidades técnica, administrativa e relacional, fortalece as competências da equipe e gera segurança no desempenho das atividades (BALSANELLI; CUNHA, 2006; MOURA et al., 2013).

Em contrapartida, outro ponto muito discutido pelos enfermeiros que esbarra na práxis transformacional está relacionado às punições e às sanções administrativas. O depoimento de E24 frisa esse assunto: “na verdade a nossa intenção não é punir, mas dependendo da situação, alguma coisa tem que ser feita”.

A cultura de intimidação está presente na maioria das instituições de saúde porque é mais fácil procurar um culpado do que mudar todo um sistema de prestação de assistência (PETERLINI; SAES, 2014).

Ressalva-se que as atividades de imprudência, negligência e imperícia cometidas pelos profissionais devem ser analisadas e punidas conforme os conselhos Regionais e Federal de Enfermagem (COFEN, 2015a).

Geralmente a cultura dessas instituições está baseada na rigidez hierárquica, na desvalorização dos trabalhadores, na precarização das relações de trabalho, na baixa participação da gestão, na comunicação descendente, no descaso pelos aspectos humanísticos

e na disciplina autoritária, geradores de vários conflitos internos (RIOS, 2009 *apud* SPRANDEL; VAGHETTI, 2012).

A cultura organizacional tem como base influenciar os diversos setores, desde o comportamento de seus profissionais e gestores até a formulação de estratégias e o desempenho organizacional (SCHULZ, 2001; SORENSEN, 2002; BARRETO et al., 2013).

Com foco na melhoria desses impasses presentes na maioria das instituições de saúde, a cultura de segurança surge com a premissa de estabelecer um conjunto de intervenções enraizadas nos princípios da liderança, do trabalho em equipe e na mudança de comportamento (REIS, 2014).

Ao mesmo tempo, a cultura de segurança busca a responsabilização e o compromisso ético de cada profissional. Sendo assim, é imprescindível que cada organização de saúde estruture seu sistema ajudando os profissionais a não errarem (SILVA, 2010).

Quando o enfermeiro apresenta que “a equipe cresceu juntamente com as políticas de segurança do hospital e não é uma cobrança, faz parte do dia a dia [...]” (E28), retrata que a cultura de segurança está intimamente ligada à cultura organizacional.

Para se estabelecer uma cultura de segurança nas instituições de saúde é necessário que todos tenham conhecimento sobre segurança e apliquem esta em cada ação profissional. A cultura apenas será estabelecida quando todos falarem a mesma linguagem, desde os trabalhadores da base até a alta gestão. É necessário modificar pensamentos e atitudes em prol do bem comum e do cuidado do paciente.

Reitera-se que a cultura de segurança está intimamente ligada à capacidade para a escuta e o diálogo, além da disponibilidade para perceber o outro como um sujeito com potencialidades, resgatando a autonomia e estimulando a cidadania (DUARTE; NORO, 2010).

Nesse contexto de atuação do enfermeiro frente às tecnologias leves - diálogo, acolhimento, criação e manutenção de vínculos entre o profissional e o paciente - os enfermeiros destacaram a importância da comunicação nos serviços de saúde (MERHY, 1997 *apud* COIMBRA et al., 2013).

A PNH considera a comunicação o “motor” das mudanças necessárias nas instituições de saúde. Ao mesmo tempo essa política busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas (BRASIL, 2013a).

Os enfermeiros reforçaram a premissa de que a comunicação deve ser de forma clara e objetiva, pois a maioria dos erros cometidos no sistema hospitalar é advinda de falhas de

comunicação. O depoimento de E32 corrobora com estes dados: “a comunicação é à base de tudo [...] se todos fizessem de uma forma clara, individualizada, de 10 erros cairia para 1”.

Reitera-se que a comunicação, quando aprimorada pelo profissional, torna possível a efetivação de um cuidado humanizado, uma vez que contribui para a qualificação do encontro profissional de saúde- usuário (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013).

Ao contemplarem aspectos inerentes à humanização, como o diálogo e a empatia, os profissionais transcendem a visão cartesiana para uma visão holística do paciente (CARVALHO et al., 2015).

Dessa forma parte-se da argumentação de que, para ocorrer uma mudança do modelo biomédico de saúde ainda vigente para um novo paradigma mais adequado às demandas de saúde da população e aos princípios do SUS, é necessária uma ampliação não somente do entendimento do processo saúde-doença pelos profissionais e gestores, mas a adoção de um enfoque multidisciplinar que considere os aspectos emocionais, a comunicação, as normas e as representações e valores culturais da população (GIACOMOZZI, 2012).

Nesse contexto os enfermeiros reforçam a premissa em ampliar esse modelo holístico como é apresentado por E22: “nós procuramos ver o paciente como um todo, em todas as suas necessidades, buscando o apoio psicológico e social se preciso [...]”.

Reitera-se que para melhorar esta práxis integradora é necessário estabelecer um bom relacionamento com o paciente, reconhecendo-o como sujeito do cuidado e não passivo deste. Nesse contexto trabalha-se o empoderamento e a autonomia dos pacientes e seus acompanhantes frente aos cuidados e à assistência de enfermagem (BROCA; FERREIRA, 2012).

O empoderamento é um processo pelo qual as pessoas adquirem o domínio sobre suas vidas, apreendendo conhecimento para tomar decisões acerca de sua saúde. Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, tentando realizar ações que produzam resultados de saúde (WAGNER, 1998; TADDEO et al., 2012).

O relato de E6 demonstra a importância de envolver os acompanhantes no processo do cuidado: “nós temos na ‘manga’ um fator que contribui muito, que é o acompanhante; nós devemos envolvê-lo no processo sim, mostrando sua importância [...] nós temos que explicar para os familiares junto à equipe, o falar a beira leito é extremamente importante [...]”

Reforçando essa participação, a Política Nacional de Promoção da Saúde traz entre seus objetivos a ampliação da autonomia e da corresponsabilidade de sujeitos e coletividades,

inclusive o poder no cuidado integral à saúde, e a minimização e/ou extinção das desigualdades de toda e qualquer ordem (BRASIL, 2006).

É importante ressaltar que o vínculo entre o acompanhante e o paciente faz com que o aquele tenha maiores possibilidades de ajudar, acolher e escutar o paciente. O acompanhante pode fazer uma boa ponte entre paciente e equipe de saúde, ao mesmo tempo, se não houver um bom relacionamento entre a equipe e o acompanhante, poderá haver ruídos/desconfortos prejudicando a assistência (SANCHES et al., 2013).

As falas de E8 e E17 corroboram com esta realidade: “às vezes você percebe o risco e a família vai contra, nós temos essas questões [...]”; “o acompanhante às vezes acaba prejudicando [...]”.

Devido à falta de precisão na conceituação e nas atribuições do acompanhante, ocorrem situações de dúvidas e de indagações com relação à delimitação de responsabilidades da família e da equipe de profissionais de saúde. No ambiente hospitalar, certas atribuições do acompanhante se confundem com o trabalho dos profissionais de enfermagem, um cenário no qual a família passa a ser cada vez mais imbuída a fazer a gestão do cuidado (STEYTLER; OLIVEIRA, 2016).

O déficit de profissionais, a baixa remuneração e a sobrecarga de trabalho são fatores importantes que interferem na promoção da assistência humanizada (CARVALHO et al., 2015).

Autores corroboram com essa informação quando revelam que o aumento do número de pacientes atribuídos à equipe de enfermagem por dia é significativamente associado ao aumento da incidência de erros, quedas do leito, infecções, absenteísmo e rotatividade de profissionais e que a excessiva carga de trabalho influencia diretamente na prestação dos cuidados, no gerenciamento da equipe de saúde e na organização do serviço de enfermagem como um todo (MAGALHÃES; DALL’AGNOL; MARCK, 2013; GIORDANI; BISOGNO; SILVA, 2012).

Verificamos que em muitas instituições de saúde o enfermeiro atua em uma polivalência de funções. Esta influencia diretamente na excelência de sua atuação, prejudica sua liderança perante a equipe multiprofissional e pode levá-los ao desgaste emocional (MORETTI et al., 2016).

Reitera-se que no processo de trabalho do enfermeiro as ações de gerência e assistência devem estar interligadas; o enfermeiro deve assistir gerenciando e gerenciar assistindo (GIORDANI; BISOGNO; SILVA, 2012).

Neste estudo, o enfermeiro ocupa diferentes cargos/ funções, como o enfermeiro nível 1, responsável pela assistência, o enfermeiro chefe e o supervisor, importante para que aconteça a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a operacionalização do Processo de Enfermagem, com efetividade, eficiência e eficácia, garantindo a qualidade da assistência com bases na segurança, no cumprimento de processos e com resultados próximos aos padrões de desempenho esperados.

No entanto, os enfermeiros desvelam que na organização da instituição hospitalar, a hierarquização e a divisão de trabalho ainda são dificultadores para a articulação do processo de trabalho do enfermeiro, que se reflete na ampliação da cultura de segurança ao paciente.

Para que ocorra a articulação dessas funções, assistencial-gerenciais, o enfermeiro deve adaptar constantemente seu processo de trabalho tendo como eixo central de suas ações o usuário (ALMEIDA et al., 2011).

Nesse contexto e diante da complexidade das mudanças sociais, políticas e econômicas atuais, faz-se necessário despertar nos respectivos profissionais a percepção de sua atuação e liderança frente aos modelos biomédicos e de gerências tradicionais vigentes ainda nesta época. Propostas de implementação de ações efetivas poderão resultar em mudanças que influenciarão no desempenho das competências do enfermeiro no exercício das suas funções (MOTTA, 2015).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação aos dados de identificação dos participantes constatamos no estudo que o sexo feminino é dominante, sendo a maioria dos profissionais adultos jovens, graduados nos últimos 10 anos e que se preocupam em aperfeiçoar sua atuação e seu exercício profissional buscando cursos de pós-graduação.

Apreende-se dos participantes deste estudo que a práxis do enfermeiro na segurança do paciente no ambiente hospitalar se consolida pela liderança em relação à equipe de enfermagem, pelo exercício da gerência e da assistência e pela interação com a equipe multiprofissional, fundamentados na comunicação com foco nas tecnologias leves e na valorização de estratégias para a Educação Continuada e para a Educação Permanente.

Os enfermeiros apreendem que é de sua responsabilidade prestar uma assistência segura e livre de danos aos pacientes e que a utilização de ferramentas como protocolos, escalas, checklists, Planos Terapêuticos, Notificação de Eventos Adversos, indicadores e Planos de Ação ampliam e melhoram sua práxis profissional, estando ela alicerçada nas políticas de qualidade e de segurança do paciente e nos princípios éticos da profissão.

Em contrapartida contemplamos no estudo pontos que limitam a atuação do enfermeiro frente à segurança do paciente no ambiente hospitalar, como a hierarquização de funções e saberes, a sobrecarga de trabalho, a superlotação, a burocratização da assistência, as punições, a dificuldade de comunicação entre os setores e a conscientização dos colaboradores.

Apesar desses percalços, o enfermeiro tem buscado estratégias para mobilizar, orientar e conscientizar a equipe e os familiares/acompanhantes quanto à sua importância na segurança do paciente. Ao abrir um canal de diálogo e valorizar o respeito e a autonomia do indivíduo, o enfermeiro amplia a percepção dos profissionais frente à cultura de segurança e ao modelo holístico de assistência proposto nos dias atuais.

Apona-se como limitação deste estudo ter sido realizado apenas em uma organização hospitalar e com a participação somente de enfermeiros.

Considera-se muito importante que novos estudos relacionados ao tema sejam desenvolvidos nas bases de formação, em outras esferas de atenção à saúde e a partir da percepção dos demais profissionais de saúde e categorias de enfermagem, a fim de trazer outras problematizações que interferem na segurança do paciente e por meio disso enfatizar o valor da boa formação, da ética, da conscientização dos profissionais em agregar competências em prol do cuidado digno e seguro ao paciente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. E. E. et al. O cuidado de enfermagem associado à prescrição de enfermagem numa unidade de cirurgia cardíaca. **Rev. de Pesq. Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 2510-2520, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>>. Acesso em: 25 abr. 2016.
- ALMEIDA, M. L. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. esp, p.131-137, 2011.
- 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.
- ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. e58817, jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.02.58817>>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- AMESTOY, S. C. et al. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p.79-85, 2014.
- AMESTOY, S. C. et al. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 844-847, set./out. 2010.
- ARRUDA, L. P. et al. Evidências científicas do cuidado de enfermagem acerca da segurança do paciente: revisão integrativa. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2107-2114, jul., 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/5927-59073-1-PB.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2016.
- BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 319-326, 2008.
- BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. Leadership in the nursing context. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n.1, p.117-122, 2006.
- BARBOSA, D. M. S.; SOUSA, A. A.; SANTOS, T. A. Limitações da avaliação de desempenho de hospitais: uma crítica à utilização de indicadores financeiros e operacionais. **Revista FSA**, Teresina, v. 12, n. 3, art. 2, p. 24-48, mai./jun. 2015.
- BARRETO, L. M. T. S. et al. Cultura organizacional e liderança: uma relação possível? **Revista de Administração**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 34-52, jan./mar. 2013.
- BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A.; PERES, A. M. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.15, n. 2, p. 349-353, abr./jun. 2010.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, 2009.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331. 2011. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/86/319a331.pdf>. Acesso em: 7 abr.2015.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 665-704.

BRANCO FILHO, J. R. C. Cultura de segurança do paciente: impactos sobre os custos e resultados. In: FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (Coord.). **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. p. 229-237.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim informativo**, 2005. Disponível em: <http://www.ccs.ufrj.br/images/biosseguranca/BOLETIM%20INFORMATIVO%20ANVISA%20N58_2005.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária**. 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 3 de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001b.

BRASIL. Decreto n. 5.452, de 1º de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho**. 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452compilado.htm>. Acesso em: 24 set. 2016.

BRASIL. Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei n. 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. In: **Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais**. Legislação e normas. Belo Horizonte: Coren- MG, v. 1, n. 1, 2015b. p. 27-32.

BRASIL. Lei n. 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. In: **Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais**. Legislação e normas. Belo Horizonte: Coren- MG, v. 14, n. 1, 2015a. p. 22-26.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 198 p. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre os aspectos éticos e legais envolvendo pesquisa com seres humanos. Brasília: publicada no DOU n.12, quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção I – p. 59. 2013d. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de Abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. 6 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria n. 37, de 6 de dezembro de 2002**. Norma Regulamentadora n.º 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde. 2002b. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr32.htm>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada- RDC n. 36, DE 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 63 de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. 2011. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRITO, E. S.; VENTURA, C. A. A. Access to information on diagnosing and hospitalizing an individual with mental illness. **SMAD**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 10-18, 2015.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, jan./fev. 2012.

CALDANA, G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 34, n. 2, p. 187-194, jul./dez. 2013a.

CALDANA, G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 915-922, out./dez. 2013b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19655>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. The need to establish a national patient safety program in Brazil. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

CARDOSO, M. L. A. P.; RAMOS, L. H.; D'INNOCENZO, M. Coaching: a reference model for the practice of nurse-leaders in the hospital context. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 730-737, 2011.

CARVALHO, D. O. et al. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. **Rev Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n. 3, p. 61-74, 2015.

CASSIANI, S. H.; ROSA, M. B. O erro durante o processo de aprendizagem do profissional de saúde. In: HARADA, M. J. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 203-217.

CAVALCANTE, A. K. C. B. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Rev Cubana Enfermer**, Havana, v. 31, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CHANNES, M. Qualidade assistencial em enfermagem. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. (Org.). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. p. 61-73.

CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. **Health Aff**, v. 30, n. 4, p. 559-568, 2011.

CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 80-85, 2015.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 167-172, 2011.

COIMBRA, V. C. C. et al. The technologies used in the working process of the psychosocial care unit with sights to reach the comprehensiveness. **Rev. de Pesq. Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3876-3883, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 311/07. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: **Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais**. Legislação e normas. Belo Horizonte: Coren-MG, v. 14, n. 1, 2015a. p. 37-54.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 423/2012. Normatiza no âmbito do sistema Cofen/ Conselhos regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro nas atividades de classificação de riscos. 2012. In: **Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais**. Legislação e normas. Belo Horizonte: Coren-MG, v. 14, n. 1, 2015b. p. 61-62.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (COREN-SP). Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2016.

COROPES, V. B. A. S. et al. A educação permanente no cotidiano das chefias de enfermagem no processo de acreditação hospitalar. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1088-1093, mar. 2016.

COSTA, T. M. N.; SAMPAIO, C. E. P. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares. **UERJ Nursing Journal**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 260-265, mar./abr. 2015.

COSTA, D. A.; SARTORI, M. R. A.; NUCCI, M. Estruturação de planos terapêuticos como visão sistêmica de cuidados ao paciente. In: FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (Coord.). **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. p. 143-156.

D'AQUINO, F. F. R. et al. Incidentes relacionados a medicamentos em uma instituição hospitalar: subsídios para a melhoria da gestão. **UERJ Nursing Journal**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 616-621, set./out. 2015.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. Lisboa: UNESCO, 1996 *apud* SILVA, M. G. et al. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-184, jan./mar. 2010.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. **Health Adm Press**, Ann Arbor, 1980 *apud* MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: ENSP; 2014, p. 25-38.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Ann Arbor, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 685-692, dez. 2010.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Públ. USP**, São Paulo, v. 46, n. supl., p. 126-134, 2012.

FASSINI, P.; HAHN, G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 290-299, 2012.

FERREIRA, R. G. S. A educação permanente na formação contínua dos profissionais de enfermagem. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 128-142, jul./dez. 2015.

FIGUEIREDO, S. V. et al. Comunicação terapêutica entre profissionais de saúde e mães acompanhantes durante a hospitalização do filho. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 690-697, out./dez. 2013.

FISCHBORN, A. F.; VIEGAS, M. F. A atividade dos trabalhadores de enfermagem numa unidade hospitalar: entre normas e renormalizações. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 657-674, set./dez. 2015.

FONSECA, A.M. et al. Reflexões éticas sobre o cuidado humanizado na percepção dos enfermeiros. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2010.

FONSECA, A. S. Transdisciplinaridade como único modo de garantir a cultura de segurança na instituição. In: FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (Coord.). **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014, p. 143-156.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207, jan./mar. 2010.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999 *apud* MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

GIACOMOZZI, A. I. A inserção do psicólogo na estratégia de saúde da família e a transição de paradigma em saúde. **PSICO**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 298-308, jul./set. 2012.

GIORDANI, J. N.; BISOGNO, S. B. C.; SILVA, L. A. A. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 511-516, 2012.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R. et al. **Construção social da**

demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: CEPESC, 2013. p.173-185.

GONÇALVES, L. A. et al. Nursing allocation and adverse events/incidents in Intensive Care Units. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. esp., p. 71-77, 2012.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria XVI**, Concepción, n. 2, p. 25-33, 2010.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987 *apud* MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletrônica enferm.** Goiânia, v. 11, n. 1, p. 188-193, 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

JUNQUEIRA, C. R. Bioética: conceito, fundamentação e princípios. **Módulo Bioética**. Universidade Federal de São Paulo. Pró-reitoria de Extensão. Especialização em Saúde da Família. 2010, 23p. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

KRAEMER, F. Z.; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 487-494, set. 2011.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 243-249, mar./abr. 2010.

KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 2011.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LAZZARI, D. D.; SCHMIDT, N.; JUNG, W. Educação continuada em unidade de terapia intensiva na percepção de enfermeiras. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 88-96, jan./abr. 2012.

LELLI, L. B. et al. Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 262-269, abr./jun. 2012.

LIMA, C. A. et al. Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.5, n. esp., p. 2862-2876, 2014.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing workload and patient safety: a mixed method study with an ecological restorative approach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n.esp, p.09 telas, 2013.

MALIK, A. M. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, Auditoria e Certificações: ferramentas de qualidade para a gestão em saúde**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p 21-36.

MANZO, B. F. et al. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 8 telas, jan./fev. 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004. p.269-283

MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: ENSP; 2014. p. 25-38.

MARX, L. C. Sistema Primary Nursing como fator de humanização para a assistência de enfermagem em centro cirúrgico. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. (Org.). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. p. 161-173.

MAXWELL, J.C. **O livro de ouro da liderança**. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2008 *apud* AMESTOY, S. C. et al. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 844-847, set./out. 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E, ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112 *apud* COIMBRA, V. C. C. et al. The technologies used in the working process of the psychosocial care unit with sights to reach the comprehensiveness. **Rev. de Pesq. Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3876-3883, 2013.

MEIRA HENRIQUES, R. T.; CABANA, C. O acompanhante no processo de hospitalização. **Humanae**, Recife, v. 7, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/69>>. Acesso em: 26 abr.2016.

MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. 2008. Disponível em: <Http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2016.

MELO, M. C.; CRISTO, R. C.; GUILHEM, D. Perfil sociodemográfico de acompanhantes de pacientes e suas concepções sobre atenção recebida. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 1550- 1564, 2015.

MENDES, G. H. S.; MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gestão de Produção**, São Carlos, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-530X1226-14>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

MENOZZI, K. A. B. S. **O sistema de referência e contra-referência no contexto da equipe multiprofissional de saúde**. 2013. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/108528/000750675.pdf?sequence=1>> Acesso em: 21 set. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

MINAYO, M. C. S. O Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. F. (Org.). **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 72-89.

MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Gerenciamento: contrapontos percebidos por enfermeiros entre a formação e o mundo do trabalho. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 11, n. suplem., p. 138-143, 2012.

MORETTI, C. A. et al. Implementation of nursing consultation in the Family Health Strategy: challenges and opportunities. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 6, n. 2, p. 309-320, 2016.

MOTTA, A. L. C. **A práxis gerencial do enfermeiro responsável técnico de instituições hospitalares: o exercício da liderança**. 2015. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2015.

MOURA, G. M. S. S. et al. Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 198-204, 2013.

MOURA, G. M. S. S. et al. Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.18, n. 6, p. 09 telas, nov./dez. 2010.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: QFCO, 1996, 94p *apud* TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R.T. Qualidade e a avaliação dos serviços de saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. (Reimpr.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.71-83.

O'BYRNE, W. T. 3rd; WEAVIND, L.; SELBY, J. The science and economics of improving clinical communication. **Anesthesiol**, v. 26, n. 4, p. 729-744, Dec. 2008.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000100122&lng=p&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana. 54ª Sessão do Comitê Regional. **Qualidade da Assistência: Segurança do Paciente**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.ops-oms.org/portuguese/gov/csp/csp26-26-p.pdf>>. Acesso em: 3 jun.2015.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. 2013. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. **Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente: cirurgias seguras salvam vidas**. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf> . Acesso em: 15 abr. 2016.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200007>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 336-343, 2006.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. v-vi, 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a01v22n4.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2015.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. esp, p. 880-881, 2009b.

PEIXOTO, L. S. et al. Educación permanente, continua y em servicio: desvelando sus conceptos. **Enfermería Global**, Murcia, n. 29, p. 324-340, jan. 2013.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; WOLFF, L. D. Competências gerenciais do enfermeiro nas perspectivas de um curso de graduação de enfermagem e do mercado de trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 453-472, 2008.

PETERLINI, F. L.; SAES, A. C. Culpa: cultura de não punição e accountability na assistência à saúde. In: FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (Coord.). **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. p. 31-44.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev Port Saúde Pública**, Coimbra, v. 10, p. 74-80, 2010. Disponível em: <<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/8A%20magnitude%20financeira%20dos%20eventos%20adversos%20em%20hospitas%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

PROCHNOW, A. G. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 30, n.1, p.11-18, mar. 2009.

QUES, A. A. M.; MONTORO, C. H.; GONZÁLEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 08 telas, mai./jun. 2010.

RADUENZ, A. C. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, nov./dez. 2010.

RAMÍREZ, O.J.G. et al. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 29, n. 2, p. 363-374, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000200015>. Acesso em 15 abr. 2016.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: ENSP, 2014. p. 75-100.

REIS, C. T. et al. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000700018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2015.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde**: prática e reflexão. São Paulo: Áurea, 2009 *apud* SPRANDEL, L. I. S.; VAGHETTI, H. H. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 794-802, out./ dez. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a07.htm>>. Acesso em: 20 set. 2016.

RUTHES, R. M. Humanização: um dos conceitos dos indicadores da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, Auditoria e Certificações**: ferramentas de qualidade para a gestão em saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p 195-208.

SANCHES, I. C. P.; ABRAHÃO, A. L. The companion and the challenges of hospital care: access or barrier? A descriptive study. **Online braz j nurs**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3297>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

- SANCHES, I. C. P. et al. Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 67-76, 2013.
- SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr. 2007.
- SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS. Home page. Disponível em: <<http://www.scmp.org.br/home>> Acesso em: 28 jan. 2015.
- SANTOS, C. A. S.; ESPÍRITO SANTO, E. Análise das causas e consequências da superlotação dos serviços de emergências hospitalares: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Guaxupé, v. 5, n. 3, jan./jun., 2014.
- SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 155-160, 2010.
- SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, mar./abr. 2013b.
- SANTOS, S. S. B. S. et al. Processo de trabalho da equipe de enfermagem em unidades saúde da família em município baiano. **Rev Baiana Enferm**, Salvador, v. 27, n. 2, p. 101-107, maio/ago. 2013c.
- SANTOS, T. D. et al. The nursing team and the family member accompanying adult patients in the hospital context. An exploratory study. **Inv Educ Enferm**, Medellín, v. 31, n. 2, 2013a. Disponível em: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/11768/14016>>. Acesso em: 26 abr. 2016.
- SCHIMIDT, T. C. G.; ARRUDA, M. L. Sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 348-354, abr./jun. 2012
- SCHULZ, J. W. Tapping the best that is within: why corporate culture matters. **Management Quarterly**, Washington, v. 42, n. 1, p. 29-35, 2001.
- SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. **Rev. eletrônica de enferm.**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 422, 2010.
- SILVA, A. M.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 840-852, 2013.
- SILVA, A. S.; AVELAR, A. B. A.; FARINA, M. C. Transferência de responsabilidade de pacientes: uma aplicação da análise de redes sociais. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 103-123, jul./dez. 2013.
- SILVA, D. S. et al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 211-219, jan./mar., 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>>. Acesso em: 5 maio 2016.

SILVA, M. G. et al. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-184, jan./mar. 2010.

SILVA, R. C.; BARROS, C. V. L. Comunicação terapêutica relacionada ao cuidado humanizado e a segurança do paciente em unidade hospitalar. **Saúde & Ciência em Ação**, Franca, v. 1, n. 1, jul./dez. 2015.

SILVA-BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-441, abr./jun. 2015.

SILVEIRA, T. V. L. et al. Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 82-88, jun. 2015.

SOARES, M. I. et al. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev Bras Enferm**, Ribeirão Preto, v. 69, n. 4, p. 676-683, jul./ago. 2016.

SORENSEN, J. B. The strength of corporate culture and the reliability of firm performance. **Adm Science Quarterly**, New York, v. 47, n. 1, p. 70-91, Mar. 2002.

SOUSA, M. R. G. et al. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 76-78, 2013.

SOUSA, P. A. F.; DAL SASSO, G. T. M.; BARRA, D. C. C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-979, out./dez. 2012.

SOUSA, P.; LAGE, M. J.; RODRIGUES, V. Magnitude do problema e os fatores contribuintes do erro e dos eventos adversos. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2014. p. 93-114.

SOUSA, W. R. G. et al. Aperfeiçoamento dos processos envolvendo saneantes hospitalares pela aplicação das ferramentas da qualidade num hospital de assistência terciária. **Rev FSA**, Teresina, n. 8, 2011.

SOUZA, A. S. **Discurso e identidade feminina na mídia impressa: a evolução da mulher no mercado de trabalho**. 2014. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Letras) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2014. Disponível em:<<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/124353/000837514.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SOUZA, L. L. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 218-232, 2014.

SOUZA, E. C.; TONINI, L.; PINHEIRO, D. Avaliação da qualidade do preenchimento dos prontuários em um hospital de Goiânia, segundo os parâmetros da acreditação hospitalar. **Rev Acreditação**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, 2014.

SPAGNOL, C. A.; L'ABBATE, S. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 822-827, out./dez. 2010.

SPRANDEL, L. I. S.; VAGHETTI, H. H. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 794-802, out./ dez. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a07.htm>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 11-17, jan./fev. 2009.

STEYTLER, S. J. S.; OLIVEIRA, A. Direito ou responsabilização das famílias no acompanhamento hospitalar. **Argumentum**, Vitória, v. 8, n. 1, p. 174-190, jan./abr. 2016.

SVALDI, J. S. D.; SIQUEIRA, H. C. H. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem. **Esc. Anna Nery** (impr.), Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 599-604, jul./set. 2010.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TAVARES, A. L.; SILVA, C. A. T. A análise financeira fundamentalista na previsão de melhores e piores alternativas de investimento. **Rev Universo Contábil**, Blumenau, v. 8, n. 1, p. 37-52, 2012.

TAYLOR-ADAMS, S.; VINCENT, C.; STREET, P. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. **Clin Risk**, London, v. 10, n. 6, p. 211-220, 2004.

TEIXEIRA, T. C.; CASSIANI, S. H. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paulista Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 100-107, 2014.

THOFEHN, M. B. et al. Processo de trabalho dos enfermeiros na produção de saúde em um hospital universitário de Murcia/Espanha. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 924-932, jan./mar. 2015.

TIMENI, S. **Teoria da Burocracia Weberiana e a relação com a Saúde Pública do RN**. [30 jun. 2011]. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/teoria-da-burocracia-weberiana-e-a-relacao-com-a-saude-publica-do-rn/51758/>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

TOFFOLETTO, M. C.; RUIZ, X.R. Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 5 out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1098.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2015

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R.T. Qualidade e a avaliação dos serviços de saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. (Reimpr.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.71-83.

VAGHETTI, H. H. et al. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta Paulista Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 87-93, 2011.

VIEGAS, M. F.; BORRÉ, L.; GRAESEL, V. F. Produção de saberes no trabalho de cuidado na enfermagem de um hospital do Vale do Rio Pardo, RS. **Nucleus**, Ituverava, v. 13, n. 1, abr. 2016.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effec Clin Pract**, Philadelphia, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **10 facts on patient safety**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/>. Acesso em: 15 Aug. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme**. 2005. Geneva: WHO; 2004. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso em: 1 Feb. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety. **Global Patient Safety Challenge: 2005-2006**. WHO; 2005. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf>. Acesso em: 1 Feb. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety. **The conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report**. Version1.1. Geneva: WHO; 2009. 154p.

YOSHIKAWA, J. M. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paulista Enferm.**, São Paulo, v. 26, n.1, p.21-29, 20

APÊNDICE A**Caracterização dos participantes**

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____ anos

Formação: () Graduação

() Pós-graduação: () Residência Qual: _____

() Especialização Qual: _____

() Mestrado Qual: _____

() Doutorado Qual: _____

Tempo de Formação: _____ anos

Tempo de atuação profissional na Instituição: _____ anos

Categorização: () Enfermeiro(a) Assistencial

() Enfermeiro(a) Supervisor

() Enfermeiro(a) Coordenador

() Enfermeiro(a) Responsável Técnico

Setor de atuação: _____ Turno: () M () T () N

Possui outro(s) vínculos empregatícios: () Não () Sim

Qual: _____

Renda pessoal: () 1 a 3 salários mínimos

() 3 a 6 salários mínimos

() > 6 salários mínimos

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista

1. Fale o que você conhece sobre segurança do paciente.
2. Fale sobre o que você realiza como enfermeiro no dia a dia na segurança do paciente na unidade de atuação.
3. Fale sobre alguma ideia ou proposta que você teria para a segurança do paciente na instituição.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa: “Atuação do enfermeiro na segurança do paciente no ambiente hospitalar”, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do 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.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Atuação do enfermeiro na segurança do paciente no ambiente hospitalar

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Prof^ª. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - centro, Alfenas/MG. CEP 37130-000

TELEFONE: (35) 3299-1380/ (35) 8452-9570

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Aline Teixeira Silva

PATROCINADOR: FAPEMIG

OBJETIVO: Analisar a atuação de enfermeiros, no que se refere à segurança do paciente, em uma instituição hospitalar.

JUSTIFICATIVA: Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre segurança do paciente e como eles aplicam esse conhecimento em seu local de trabalho.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Para elaborar o estudo foram utilizados em três eixos teóricos: o hospital voltado para a gestão de qualidade e Política Nacional de Humanização; a segurança do paciente com foco no Programa Nacional de Segurança do Paciente e o papel do profissional de enfermagem pautado nas legislações. A pesquisa será realizada com os enfermeiros da Santa Casa de Misericórdia de Passos, no período de outubro a dezembro de 2015, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG). Para selecionar os participantes foram adotados os seguintes critérios: atuar na instituição como enfermeiro; ter tempo de atividade na instituição de, pelo menos, 01 ano e não estar no período de férias e/ou afastamento. A investigação dos dados acontecerá em três etapas. Na primeira etapa, será realizada uma reunião com a Responsável Técnica em Enfermagem da Instituição para liberação e realização da entrevista com os enfermeiros. Na segunda etapa, será feita uma abordagem individual com os enfermeiros da instituição para apresentar o objetivo do estudo e agendar horário e local para as entrevistas. Na terceira etapa serão realizadas as entrevistas com os enfermeiros. Neste momento, será solicitado que os participantes preencham um instrumento de caracterização do sujeito contendo: sexo, idade, formação, tempo de formação, tempo de atuação profissional na Instituição, categorização, setor de atuação, se possui outro(s) vínculo(s) empregatício(s) e renda pessoal. Logo após será realizada uma entrevista semiestruturada, que é composta por questões norteadoras elaboradas a partir da revisão de literatura, embasada nos três eixos teóricos. Para melhor compreensão e entendimento, as entrevistas serão gravadas em aparelho MP4 e transcritas após.

RISCOS E DESCONFORTOS: A pesquisa não traz complicações legais, nem riscos à integridade física do enfermeiro participante. Se, ao responder os questionários de pesquisa,

você sentir-se constrangido ou incomodado, podemos interromper temporária ou definitivamente a entrevista para darmos o suporte psicológico necessário ao entrevistado.

BENEFÍCIOS: Promover a reflexão dos enfermeiros sobre segurança do paciente dentro de instituição hospitalar e propor a criação e/ou reformulação de um protocolo sistematizado sobre segurança do paciente para a instituição.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum custo com a sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: garantimos o sigilo e sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os entrevistados terão seus nomes excluídos da pesquisa e serão diferenciados com a letra “E” mais numeração, por ex: E1, E2, E3 sucessivamente.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Eu, _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) – ALINE TEIXEIRA SILVA – dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEPUNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, centro, CEP - 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA: Passos, _____ de _____ de _____.

(Nome por extenso) (Assinatura)

APÊNDICE D

Passos, 30 de junho de 2015.

Ao Il. Sr. Dr. Vivaldo Soares Neto.
Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Passos

Assunto: **Autorização para realização de pesquisa científica na Instituição**

Venho respeitosamente à presença de Vossa Senhoria encaminhar o projeto de pesquisa intitulado “**Atuação do enfermeiro na segurança do paciente no ambiente hospitalar**”, coordenado pela Prof^a. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). O estudo tem por objetivo analisar a atuação do enfermeiro na segurança do paciente nas instituições hospitalares de um município do sul de Minas Gerais. Trata-se de pesquisa qualitativa, que se preocupa em fornecer uma análise mais detalhada sobre hábitos, atitudes, comportamento dos indivíduos. Os dados serão coletados na forma de entrevista semiestruturada com uma porcentagem de enfermeiros supervisores da Instituição, respeitando os critérios de inclusão e aceitabilidade.

A pesquisa será operacionalizada em três fases. Na primeira fase será elaborado instrumento de coleta de dados com base na revisão da literatura e em publicações sobre o tema. O instrumento incluiu questões norteadoras sobre segurança dos pacientes e a atuação dos enfermeiros na segurança do paciente nas instituições hospitalares. Na segunda fase será realizada uma reunião com a Responsável Técnica da Instituição para liberação dos enfermeiros a serem entrevistados e definição do local para realização das entrevistas. A coleta de dados está agendada para os meses de outubro a dezembro de 2015 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Com base na análise dos dados e na literatura, será proposta na terceira fase a criação e/ou reformulação de um protocolo sistematizado sobre segurança do paciente para a Instituição.

Certa de que a solicitação será atendida, fique com meus votos de estima e consideração.

Pesquisadora: Aline Teixeira Silva
Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - centro, Alfenas/MG.
CEP 37130-000
Email: alinetsilva@yahoo.com.br
Tel.: (35) 98452-9570/ (35) 9149-0633.

APÊNDICE E

Quadro 1 - Categorias Empíricas

6.2 SEGURANÇA DO PACIENTE E OS CAMINHOS PARA A GESTÃO DE QUALIDADE EM HOSPITAL	6.3 CAMINHOS PARA A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA NO AMBIENTE HOSPITALAR	6.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO AMBIENTE HOSPITALAR
<p>Segurança do paciente é desde a medicação, medicação correta, no horário correto, paciente correto, dose correta; estamos tendo muita contaminação por bactérias e muitos isolamentos; acredito que há necessidade de tomarmos alguma providência a respeito disso, estimular a lavagem das mãos ao manipular os pacientes; verificar o que podemos fazer para diminuir estes isolamentos e o tempo de internação, pois, quanto mais aumenta a internação, mais aumenta o número de óbitos e as bactérias tornam-se cada vez mais resistentes (E1).</p> <p>Segurança do paciente é identificação do paciente na instituição; grades elevadas para prevenir quedas, cabeceira elevada para evitar broncoaspiração e pneumonia hospitalar, mudança de decúbito de 2/2hs ou quando for necessário [...] nós temos implantado na instituição o Protocolo de Londres; quando acontece algo errado, são convocadas todas as pessoas envolvidas; na reunião eles vão decidir</p>	<p>A presença do acompanhante juntamente as grades de proteção da cama inibe a enfermagem de restringir este paciente (E1).</p> <p>Eu viso muito à privacidade do paciente; biombos se estão fechados na hora da higiene ou troca de sonda; oriento a equipe, não só verbalmente, mas vigio para ver se estão fazendo (E2).</p> <p>Quando o paciente é consciente, principalmente aqui no setor, eles têm mania de abaixar a grade, sentar na maca [...] se o paciente é consciente e vai ao banheiro, eu peço para os funcionários acompanharem, o paciente pode passar mal; tem risco de cair [...] aqui dentro do setor não pode ficar acompanhante, que é um fator que complica também, porque às vezes o idoso não sabe dar muitas informações [...] (E3).</p> <p>Eu falo para os funcionários que nós temos que ter empatia, se colocar no lugar do outro; nós temos que pensar que se fosse um parente meu,</p>	<p>No plantão há divisão de pacientes para prestarmos assistência; pode acontecer em um quarto, um paciente estar sob minha responsabilidade e os outros são do meu colega de trabalho, então, mesmo nestes casos, se eu percebo que o paciente está diferente, prostrado ou agitado, comunico a supervisora ou se for o caso comunico o médico plantonista também (E1).</p> <p>Quando acontece algum evento no setor, nós orientamos o funcionário, conversamos com ele, analisamos o erro e notificamos, eu assino e pessoa responsável pelo erro também assina; encaminhamos uma cópia desta notificação para a coordenação de enfermagem e a outra fica registrada no setor (sobre orientação) faço com o funcionário envolvido naquele momento do acidente; eu e o envolvido; dependendo da gravidade, o evento é avaliado e apresentado para a comissão do hospital, eles analisam o evento (E2).</p>

<p>o que aconteceu, para não acontecer mais; é analisado o erro desde a entrada do paciente até onde aconteceu o erro [...] hoje percebo que o erro de medicação diminuiu muito, por causa das identificações, tanto no leito, quanto na pulseira; as camas estão sendo trocadas para evitar essas quedas [...] (E2).</p> <p>Segurança é desde a hora que o paciente chega à instituição [...] eu sou crua neste assunto, é uma coisa que a gente vê no dia a dia, mas mesmo assim [...] os equipamentos que a enfermagem usa, luva, máscara, capotes se precisar; segurança para nós e para o paciente também(E3).</p> <p>O transporte tem que ser feito de maneira segura para evitar danos para o paciente, nós temos que fazer segurança; administração de medicamentos de maneira correta, um banho de maneira correta, tudo isso impacta em segurança [...] o paciente deve sair da instituição sem nenhuma úlcera por pressão, sem nenhuma flebite, sem nenhum dano, sem nenhum erro de administração de medicação; nós temos que fazer o melhor para que não ocorra nenhum risco com o paciente na instituição, porque o risco para o paciente impacta em tudo, impacta na alta, no giro de leitos, no diagnóstico do paciente [...]a Santa Casa era porta aberta, entrava todo mundo, nós não tínhamos muita segurança, agora o sistema</p>	<p>eu gostaria que ele fosse tratado deste jeito (E4).</p> <p>Outro fator extremamente importante é a participação do acompanhante; se o acompanhante não estiver envolvido no processo, ele pode ser um problema; se ele não estiver ciente, se ele souber os riscos e os fatores que podem levar o paciente a cair, ele não vai deixá-lo cair, ele vai contribuir para que funcione bem; nós temos na ‘manga’ um fator que contribui muito, que é o acompanhante; nós devemos envolvê-lo no processo sim, mostrando sua importância [...] nós temos que explicar para os familiares junto à equipe; o falar a beira leito é extremamente importante porque assim trabalhamos a promoção da saúde e a prevenção de acidentes (E6).</p> <p>Nós devemos orientar o colaborador e o acompanhante; às vezes o colaborador deixa a grade elevada do leito e o acompanhante abaixa; é um treinamento contínuo, diário (E7).</p> <p>Às vezes você percebe o risco e a família vai contra, nós temos essas questões, uma grade elevada é um problema constante que muita família não quer deixar [...] a comunicação; tudo se resolve conversando, tem que ter diálogo (E8).</p>	<p>Aqui é para 10 leitos, mas já teve vezes de ficar 22, 20 pacientes [...] a superlotação é um risco; não dá tempo de dar atenção a todos [...] a infraestrutura melhorou muito, mas mesmo assim não comporta todos pacientes; o espaço ainda é pequeno para o hospital (E3).</p> <p>Como coordenadora do transporte, nós fazemos o transporte dos pacientes, recebemos os pacientes na entrada, transportamos para realização de exames, recebemos os pacientes; estão sob minha responsabilidade os 17 funcionários do transporte; nós temos que transportar o paciente de maneira segura; dentro da supervisão geral, é atuar como supervisora das alas de internação (E4).</p> <p>Quando o paciente chega ao setor, nós temos que conferir o nome do paciente, conferir a medicação, o leito correto, via correta, é isso que verificamos na faculdade; quando nós entramos em uma instituição, aprendemos que isso é mais amplo, nós não temos apenas o risco com a medicação, temos que observar o risco de queda, o risco com úlcera de pressão [...] nós entrevistamos o paciente primeiro, verificamos se ele é alérgico a algum tipo de medicamento, se ele tem risco para queda, conversamos com o paciente, fazemos anamnese do paciente, realizamos o projeto terapêutico e aplicamos desde sua admissão no hospital [...] (E5).</p>
--	---	--

<p>tem catracas, tem identificação, tem limites para entrar, já melhorou muito (E4).</p> <p>O painel de risco ele funciona da seguinte forma, nós temos vários itens, são 8 itens, nós estamos reformulando, este aqui (apresenta o projeto) é padronizado na Santa Casa inteira [...] nós temos o evento adverso e o evento sentinela, então nós trabalhamos com os dois [...] nós temos um manual dos indicadores setoriais, nesse manual contém o número de quedas, flebitas que o setor apresentou [...] é importante a participação do técnico de enfermagem, se ele não for notificado, se ele não souber o que ele fez, ele vai continuar praticando as mesmas ações, os fatores de risco vão continuar e ele não vai contribuir com a evolução do processo(E6).</p> <p>Segurança do paciente no ambiente hospitalar são todas as medidas que nós podemos adotar para que o paciente fique seguro, em todos os aspectos, desde as medidas simples de elevação de cabeceira e de grade; são medidas que devem ser aplicadas todos os dias durante todo o nosso atendimento no ambiente hospitalar [...] eu acredito que a equipe seja bem treinada; a equipe de uma maneira geral é treinada para saber os riscos que cada paciente tem, os riscos prováveis e os improváveis; risco de queda, se fossemos analisar, todo paciente tem, a partir do momento que ele sai de casa e está em rotina diferente, tem o risco;</p>	<p>Aqui na Maternidade sempre tem acompanhante junto à paciente; é liberado o acompanhante, é uma ajuda ele estar ali junto à paciente, principalmente quando as grávidas vão descer da cama, o acompanhante auxilia-a (E9).</p> <p>A equipe está falando a mesma linguagem, a equipe anda junto, sempre tem treinamentos; existe protocolo justamente para isso, é um padrão; todos devem andar junto falando a mesma linguagem (E10).</p> <p>Cada um assume seu paciente, mas as ações são feitas em conjunto (E11).</p> <p>Nós orientamos os pacientes, os médicos também orientam os pacientes quanto aos riscos, é um conjunto, eu não me acho diferente dos outros, todos nós trabalhamos com a mesma linguagem, mesmo padrão, para ninguém fazer diferente; se está dando certo, porque não permanecer nessa linha; eu não faço diferente, eu tento fazer o melhor, dentro do que dá, nós vamos nos adequando, porque os pacientes não são iguais, por ex., mudança de decúbito, tem alguns pacientes que aceitam a mudança de decúbito, outros não; nós buscamos sempre o melhor para o paciente[...] a Santa Casa está sempre aberta a novas tentativas [...] a comunicação precisa ser</p>	<p>Quando nós recebemos o paciente, colocamos na ficha de internação sua de identificação; o funcionário, técnico de enfermagem ou o enfermeiro 1, identifica os riscos que o paciente possui; quem faz o painel de risco é o enfermeiro na chegada do paciente, nós fazemos o histórico, exame físico e o painel[...] não adianta o coordenador querer trabalhar sozinho, ele não vai conseguir; se todos não estiverem envolvidos no processo, não vai funcionar [...] (E6).</p> <p>O enfermeiro faz uma triagem através do painel de risco, que é um impresso que a Santa Casa desenvolveu; é claro que não nos prendemos apenas ao painel, apesar de ser bem completo que tem todos os riscos que o paciente está exposto; nós evidenciamos esses riscos e implementamos as ações [...] nós passamos visita nos leitos, então o que nós vamos encontrando, vamos corrigindo e vai melhorando; o treinamento com o colaborador é contínuo [...] se acontece algum evento, todo evento é notificado; como líder nós trabalhamos com o provável e o improvável e se acontece alguma coisa fora da rotina nós identificamos o evento, fazemos o plano de ação, aplicamos as medidas e depois avaliamos a efetividade desse plano de ação; capacitamos a equipe novamente, orientamos e punimos o colaborador, se for o caso(sobre</p>
--	--	---

<p>eu acredito que a equipe é bem treinada, bem informada sobre isso (E7).</p> <p>Segurança do paciente, que nós trabalhamos aqui na instituição, é aquele paciente que tem uma entrada correta e uma saída correta, da forma que ele chega nós temos que devolvê-lo sem sequelas e sem alterações decorrentes do período de internação, seja flebite, queda ou qualquer processo que ocorra durante o período de internação; segurança envolve todos os processos clínicos, físicos e biológicos, acordados no tempo de internação deste paciente; se planejamos 03 dias de internação, é acordado um projeto terapêutico 03 dias de internação e por alguma intercorrência isto não acontece e esse paciente acaba ficando internado 10 dias, alguma coisa de errado nesse processo aconteceu, não é uma saída certa porque interferiu na segurança dele [...] nós trabalhamos com Projeto Terapêutico, evolução de profissional e visitas multiprofissionais, tudo em assistência exclusiva da enfermagem na prevenção de riscos para o paciente; nós temos um instrumento que utilizamos na assistência que chama painel de risco, neste painel, ao avaliarmos o quadro do paciente, identificamos os riscos que o mesmo pode apresentar durante a internação como: risco de queda, flebite, vulnerabilidade emocional e riscos variados, como o de sangramento,</p>	<p>melhorada, tanto os funcionários da enfermagem quanto os médicos e o acolhimento; o paciente precisa ter mais informações, ele se sente tão cru de informação (E12).</p> <p>Nós devemos orientar mais os acompanhantes que estão chegando, explicar os riscos que o paciente que ele acompanha tem; o acompanhante tem que participar conosco para diminuir e prevenir eventos, precisa ter mais envolvimento; nós precisamos definir melhor quem vai ficar de acompanhante porque às vezes troca o acompanhante; (SIC) ‘você não passou isso para mim, você passou para o outro’[...] precisamos ter um treinamento melhor entre os setores para aprimorarmos a questão dos acompanhante (E14).</p> <p>Para o meu setor em particular eu gostaria que tivesse uma abordagem psicológica melhor para o paciente, um atendimento voltado pra essa segurança, (SIC) ‘foi realizada uma pesquisa no setor e foram identificadas muitas queixas referentes ao barulho e a exposição do paciente’ [...] deveríamos olhar mais para este cuidado, por que às vezes no dia a dia o cuidado fica robotizado [...] há uma falha nessa parte (E15).</p> <p>Falta muita orientação do acompanhante ou do próprio paciente, esta informação deveria vir da portaria, o acompanhante deveria ser mais</p>	<p>punição) nesse caso, nós avaliamos o histórico do colaborador e a gravidade do evento ocorrido; o líder acompanha qualquer tipo de punição, o RH é comunicado e a gerência também, as medidas punitivas são de comum acordo do líder com a gerente [...] eu acredito que a segurança do paciente está 95% na mão da enfermagem, então eu acredito em uma equipe capacitada, empenhada, disposta, que cuide de uma maneira global, que veja o paciente como um todo, acredito nessa capacitação, em treinamentos, em estimular a equipe e corrigir, não deixar passar nenhum evento, corrigir todos para não voltar acontecer; nós temos que nos empenhar (E7).</p> <p>O enfermeiro 1 aqui na Maternidade ele é praticamente igual ao técnico de enfermagem porém, ele tem uma visão melhor do paciente; como ele fez faculdade, ele tem um visão melhor da assistência ao paciente (E9).</p> <p>Eu converso com os meus colegas, eu falo que eu não estou aqui para chamar atenção, por mais que eu seja uma enfermeira, também sou funcionária como eles [...] eu percebo que há uma falha de comunicação, os profissionais falam ‘a enfermagem é uma área muito desunida’, eu acredito que quem faz a união somos nós; nós que estamos entrando na instituição temos um lado mais humilde, precisa haver uma melhora do outro lado dos</p>
--	---	---

<p>procedimentos invasivos, sinais flogísticos, inflamação, medicações e processos que envolvem o paciente durante a internação, nós temos que monitorar este painel e diariamente nós temos que evoluir esse paciente e o que estamos fazendo para prevenir esses riscos [...] nós temos que conferir se a equipe também está relatando os riscos (E8).</p> <p>Nós trabalhamos com protocolos, então tem protocolo para tudo, qualquer tipo de patologia que esse paciente apresenta, tem protocolo; acredito que seja uma segurança para o paciente [...] porque às vezes acontece o erro de medicação (E9).</p> <p>O paciente a partir do momento que ele entra no ambiente hospitalar, ele deve ser identificado; nós atuamos conforme os protocolos do hospital; o paciente não deve ter nenhum risco de flebite, queda do leito, nenhum risco; o paciente vem para o hospital para receber o tratamento de alguma patologia, não é para ele ir embora com outra complicação (E10).</p> <p>Promover bem estar do paciente, fazer os procedimentos corretamente, sempre estar atento a cabeceira do leito, grades elevadas, assepsia adequada do box, do leito, higienização adequada; é muito abrangente, tudo que você possa oferecer para o paciente,</p>	<p>orientado [...] os acompanhantes deveriam ter mais consciência; (SIC) ‘mas o paciente queria descer’; ele não tem que querer, o paciente não manda, é o acompanhante que decide, por isso caiu (E16).</p> <p>Nós fazemos treinamentos mensais com os colaboradores, têm palestras, orientações sobre os protocolos de segurança, transporte seguro; orientação tanto para o colaborador quanto ao acompanhante, porque o acompanhante às vezes acaba prejudicando [...] (E17).</p> <p>Nós devemos ter responsabilidade com o paciente, em todos os sentidos, desde a entrada do paciente na recepção até o término do procedimento (E19).</p> <p>É claro que a família não recebe a notícia tranquilamente, eles sempre questionam [...] ‘nós deixamos o paciente aqui para vocês cuidarem, o que aconteceu?’ [...] a família aceita, mas questiona muito ‘o que aconteceu que nós fraquejamos neste momento?’ eles problematizam um pouco (E20).</p> <p>Às vezes você pede para esperar um pouco e na hora que você vê, ou no minuto que você descuida o paciente cai [...] já aconteceu do paciente cair na rampa, você não consegue ficar o tempo vigiando [...] nós estamos com</p>	<p>funcionários também porque é falha a comunicação; às vezes eu falo uma linguagem e o colega fala outra (E12).</p> <p>Nós avaliamos o risco de hipotermia, mantemos as incubadoras aquecidas e umidificadas para não deixar o bebe hipotérmico; mantemos as grades elevadas para evitar risco de queda; mantemos o colchão piramidal e realizamos mudança de decúbito para evitar risco de lesão e úlcera por pressão; rodiziamos o sensor de oxímetro para evitar lesão de pele; mantemos a cabeceira elevada para evitar risco de broncoaspiração; avaliamos e fazemos manutenção preventiva dos equipamentos para evita alguma perda ou dano; fazemos treinamentos com os funcionários para evitar erros de medicação; colocamos horário na prescrição médica e avaliamos os horários, interação medicamentosa juntamente com a farmácia; se o aprazamento não estiver de acordo nós aprazamos novamente e comunicamos o médico; avaliamos os riscos transfusionais, enviamos amostras de sangue, recebemos a bolsa, conferimos, instalamos, tudo para avaliar os riscos; nós trabalhamos o dia inteiro em cima de riscos (risos) [...] na verdade os funcionários fazem tudo isso e nós gerenciamos (E13).</p>
--	--	--

<p>para o bem estar dele e diminuir os riscos (E11)</p> <p>Segurança do paciente é um paciente receber o tratamento dentro da instituição satisfatório tanto para o paciente quanto para instituição, com menos erros de procedimentos e mais segurança; o paciente deve sair da instituição com o tempo previsto de internação (E12).</p> <p>Conscientização dos colaboradores é importante, tem que ser educação continuada; se você dá um treinamento e deixa, a equipe esquece, por isso tem que avaliar o paciente todos os dias, fazer exame físico, corrida de leito, chamar o colaborador na hora do erro, orientar o que está errado para evitar que o dano aconteça, porque se não conscientizar (reflexão) (E13).</p> <p>Trabalhamos com protocolos relacionados ao Manchester [...] no Centro Cirúrgico trabalhamos com a questão da Cirurgia Segura, onde aplicamos um <i>checklist</i> para todos os pacientes que chegam ao pré-anestésico; é realizada uma entrevista com esse paciente e no prontuário é identificado os riscos que esse paciente ter; o <i>checklist</i> é aplicado tanto pela equipe de enfermagem quanto pelo anestesista que está no Centro Cirúrgico [...] dentro do transoperatório a avaliação é continua; a lateralidade é feita no pré-anestésico mas</p>	<p>uma área física muito agredida, tem questão das rampas, a minha recepção é muito agredida, não comporta todo mundo [...] como nós convivemos muito tempo com o paciente, nós acabamos conhecendo mais o paciente, eles contam particularidades para a gente que às vezes nem a família consegue acompanhar e conhecer [...] às vezes o paciente está passando mal, mas não é de fundo físico e sim de fundo emocional, problemas com o marido, filho, sogra ou situação financeira [...] os paciente contam para os técnicos que estão por perto às dificuldades que estão passando; é um momento de desabafar, ter com quem compartilhar; muitos não têm família ou às vezes a família não entende ou não tem tempo para ouvir, ou às vezes eles não querem falar com a família [...] a visão de quem está de fora não é dar uma solução, mas de ouvir [...] a pessoa já sente aliviada em poder te contar ou às vezes ela não quer que você dê andamento sobre o assunto, ela só quer compartilhar aquela dor, aquele sofrimento, mas sem envolver a família (E21).</p> <p>Nós procuramos ver o paciente como um todo, em todas as suas necessidades, buscando o apoio psicológico e social se preciso [...] na medida do possível, nós vamos tentando manter o acompanhante, facilitando a presença da família; o acompanhante é muito importante porque nós não temos equipe de</p>	<p>Nós trabalhamos na elaboração e revisão dos protocolos; fazemos análise dos eventos adversos e sentinelas que acontecem no setor [...] traçamos um plano de ação para que não aconteça novamente [...] nós temos que capacitar muito os funcionários; apesar de não termos muita rotatividade, o hospital está crescendo, tem muita entrada de funcionários novatos, precisamos ter treinamentos mais constantes, com todos os protocolos, porque são muitos; devemos fazer uma reciclagem [...] os profissionais acabam entrando na rotina e esquecem um pouco, no dia a dia, das atividades que tem que fazer, do que tem que prevenir para termos uma segurança maior com o paciente (E14).</p> <p>A minha função é gerenciar, verificar se realmente as coisas estão sendo feitas, se estão sendo tomadas as medidas protocoladas de segurança; nós fiscalizamos o controle da integridade da pele do paciente, estabelecemos prescrições de cuidado, organizamos e separamos o cuidador para cada paciente individualizado; os funcionários são uma linha de cuidados a beira leito, a nossa função vai além do beira leito, é de gerenciamento, de fiscalização das ações de enfermagem (E15).</p> <p>Nós realizamos a triagem do paciente, o enfermeiro que está na ala no momento da admissão do paciente faz a abordagem inicial,</p>
---	--	---

<p>confirma-se o membro e o nome do paciente verbalmente antes da anestesia (E14).</p> <p>É o principal objetivo da enfermagem: tratar com segurança; é o meu papel principal, acredito que segurança do paciente envolve tudo; é o tratamento, é a medicação, é o cuidado com a pele, é o cuidado com a infecção, é o cuidado para evitar queda, é o cuidado com a úlcera por pressão, é o cuidado com o sentimento, com a saúde psicológica; segurança envolve o indivíduo como um todo [...] nós temos os indicadores de qualidade: flebite, infecção, controle de microbianos, isolamentos, prevenção de infecção com lavagem das mãos, isolamento reverso, isolamento de proteção [...] a partir do momento que nós trabalhamos com um elevado número de pessoas a dificuldade que encontramos é a conscientização dos colaboradores em tomar atitudes e realizar as medidas necessárias, e a educação continuada referente aos protocolos (E15).</p> <p>É qualidade, é o bem estar do paciente; é prevenção, é evitar que o paciente evolua em deterioração clínica, que seja exposto a riscos [...] ainda existem colaboradores que são resistentes a certas mudanças, mas nós já melhoramos muito não é 'atoa' que conseguimos nível 3 de acreditação, nível de excelência; se você analisar as nossas planilhas</p>	<p>enfermagem à beira leito como em uma unidade de UTI (E22).</p> <p>Nós devemos respeitar o paciente em qualquer situação, mesmo com o paciente crítico ou intubado, mesmo nessas situações (E23).</p> <p>Sempre que passamos visita, orientamos o acompanhante, às vezes alguns burlam as orientações (risos); nós voltamos ao quarto, conversamos, explicamos, falamos dos riscos que o paciente tem [...] a maioria compreende, mas alguns não (risos) (E25).</p> <p>Eu tento passar segurança para eles (pais e mães), para que eles tenham confiança em mim e para eles fazerem os procedimentos corretos também; não adianta quereremos fazer as coisas corretas se o pai ou a mãe não dá abertura ou não tem o diálogo necessário para fazer o melhor para criança (E26).</p> <p>Nós vemos o paciente de uma forma holística; a satisfação do cliente e a inter-relação com o paciente é muito importante [...] (E28).</p> <p>Nós temos que garantir acesso ao paciente de forma humanizada e o acesso restrito a familiares; o acesso pode impactar nas ações de enfermagem; o acesso ainda precisa ser mais adaptado para garantir segurança à</p>	<p>identifica os riscos e imediatamente já atua na prevenção [...] o técnico de enfermagem quando admite o paciente, ele preenche um painel de risco que fica anexado na cabeceira do paciente; ele identifica a beira leito os riscos que o paciente apresenta; tanto a enfermeira quanto o técnico de enfermagem identificam os riscos, que é uma segurança para o paciente [...] (quando acontece algum dano ao paciente) imediatamente nós abrimos o 'evento adverso', avaliamos a falha, reunimos as pessoas envolvidas e realizamos um plano de ação para evitar que isso ocorra novamente (E16).</p> <p>Sobre medicação, se não está checada, os técnicos de enfermagem vão atrás, nós não temos tempo de olhar todas as prescrições, então eles ficam em cima, ou às vezes eles mesmos ligam para o funcionário, se já foi embora, para saber se ele fez; eles vão atrás, nós não temos muito tempo para ficar em cima; na UTI os enfermeiros colocam horário na prescrição, na ala não, são os funcionários mesmos, eles têm essa visão do que está acontecendo, mas é tudo dentro do que a gente já orientou [...] tem técnico de enfermagem que não sabe fazer um eletrocardiograma, não sabem no que diluir uma medicação, eles ficam perguntando [...] nós temos muitos funcionários novatos, o tempo de treinamento é pouco, infelizmente nós não temos tempo</p>
--	--	---

<p>do setor, os nossos eventos são pequenos, mas não deixam de existir (E16).</p> <p>É proporcionar que o paciente entre na instituição e saia sem nenhum dano, é promover que ele venha para resolver o problema e que não saia com nenhum outro causado aqui (E17).</p> <p>Segurança do paciente é o processo no qual o paciente é exposto durante o período de internação aos riscos iminentes da internação e cabe a enfermagem identificar esses riscos, estratificá-los e a partir daí junto com a equipe desenvolver barreiras para que esse paciente não evolua para um evento adverso ou evento sentinela [...] na segurança nós trabalhamos basicamente em duas vertentes, nós trabalhamos com a segurança do colaborador junto ao SESMT e nós trabalhamos na vertente segurança do paciente junto com a gestão de segurança do paciente [...] se o paciente tem risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, com o instrumento da escala de Braden, nós vamos realizar medidas para que esse paciente não desenvolva úlcera, se o paciente tem risco de queda, nós vamos desenvolver medidas voltadas para queda [...] nós temos o protocolo de identificação do paciente, o protocolo de controle glicêmico para paciente em jejum, nós temos por ex. a escala de <i>Mews</i>, que é uma escala que a partir</p>	<p>integridade do paciente, do familiar e da equipe que está no plantão (E31).</p> <p>A abordagem do funcionário também é importante; até para você dar uma advertência, você tem que conversar com o funcionário, ouvi-lo, vê o que está acontecendo com ele, pode ser um problema externo que está refletindo aqui e o que você pode fazer para ajudar este funcionário [...] este ano à instituição implantou catracas nas entradas dificultando um pouco o fluxo de pessoas que não tinha necessidade; tornava o ambiente barulhento e com muitos ruídos, prejudicando o paciente e nós que estamos trabalhando; já melhorou o fluxo de entrada, mas ainda precisa melhorar mais; podia melhorar o monitoramento de câmeras [...] é questão de orientar explicando na língua que eles (acompanhantes) entendem, eu não tenho que filosofar ou falar no termo técnico que eu como enfermeiro entendo, mas eu tenho que individualizar e questionar se aquela pessoa vai entender com a forma que estou explicando; dependendo da cultura da mãe, do nível de compreensão dela, não tem como eu ser rápida ao repassar a informação, eu tenho que explicar calmamente porque ela é leiga no assunto, eu tenho que explicar de uma forma que ela entenda [...] apenas me coloco no lugar dela e tento falar de uma forma clara [...] a comunicação é muito importante na nossa</p>	<p>para ficar olhando eles, orientando [...] logo eles já estão assumindo paciente; o risco de um paciente sofrer um dano é muito grande, ele está muito susceptível a isso [...] infelizmente nós não temos como deixá-lo ele apenas de suporte, porque não tem funcionário! (risos); nós temos dar paciente para o funcionário novo assumir e o risco é dobrado, se com os funcionários antigos já acontece erro, imagina com os novatos que estão chegando agora [...] o população cobra muito, é muito exigente; nós temos que dar o máximo de atenção à pessoa e nós não temos muito tempo, fica uma sobrecarga muito grande em cima dos funcionários [...] acredito que todos os setores estão assim, mas a instituição está contratando mais, espero que melhore (E17).</p> <p>Todos os dias é evidenciado no prontuário do paciente as medidas que tomamos e aplicamos; todos os dias na evolução tanto do enfermeiro quanto da equipe é evidenciado: cabeceira elevada, umidificador acima do nível, úlcera por pressão, o monitoramento, as medidas preventivas [...] (E20).</p> <p>Apesar de sermos uma clínica médica, nós não estaríamos recebendo pacientes em ventilação mecânica, é uma realidade nossa, nós temos pacientes que descem mais para conforto, para ficar com a família [...] muitas vezes a instituição nos concede essa oportunidade, nos</p>
---	---	--

<p>dos sinais vitais a gente faz a gestão do risco de deterioração fisiológica do paciente na unidade então, vários protocolos institucionais foram criados visando essa gestão de risco do paciente [...] é o nosso primordial, a nossa filosofia é não causar dano, é a primeira coisa antes da gente até ter uma assistência de qualidade, nós visamos não causar dano, não piorar a situação do nosso paciente [...] em todas as altas nós aplicamos uma auditoria de prontuário, chamada de <i>Tracer</i>, elaborada a partir da visão do colaborador mediante a assistência e relatos de prontuário; esta auditoria consegue nos mostrar a efetividade do que estamos planejando e executando durante o serviço [...] é claro que humanamente existem falhas, nada é 100%, mas nós buscamos a partir da educação permanente, educação continuada conscientizar a equipe [...] nós percebemos ao longo do tempo, desde que foram instituídas medidas de segurança do paciente, que a equipe muda à visão a partir do momento que ela tem conhecimento de efeito e causa, a equipe começa a perceber o resultado daquilo que estão fazendo e isto é muito bom, é muito gratificante e este envolvimento é o melhor retorno que nós temos [...] nós somos uma instituição que adquiriu nível 03 de acreditação, nível de excelência, mas isto não significa que somos excelentes, significa que nós temos que buscar através dos processos a</p>	<p>área, é um dos tópicos principais; a base de tudo é a comunicação, se fossemos fazer um levantamento de todos os erros que temos a resposta seria comunicação; se todos fizessem de uma forma clara, individualizada, de 10 erros cairia pra 1 (E32).</p> <p>Foram instalados catracas nas entradas; padronizou uma entrada específica para o funcionário, coisa que há 10 anos não existia; já melhorou bastante; atualmente estamos trabalhando internamente a questão do livre acesso dos pais, nós acompanhamos mais de perto; a questão do acesso é muito importante em todos os hospitais (E33).</p> <p>O cliente está em primeiro lugar; desde a forma de tratamento, como você fala; é tratar o paciente como um todo, com uma visão total [...] o bem estar físico, mental e psicológico do paciente [...] o espaço ainda é muito pequeno pela quantidade de paciente que temos; a instituição já tem uma proposta de aumentar a hemodiálise com a “planta nova” e isso vai proporcionar melhor segurança no manejo do paciente, maior espaço entre uma máquina e outra, na hora de “desligar” o paciente não vai ser aquela correria onde todo mundo fica apertado correndo o risco de acidentar (E34).</p> <p>A comunicação ainda é um pouco falha principalmente entre os setores; os mínimos</p>	<p>encaminhando para workshop, congressos [...] poderia acontecer mais (risos) para nos ajudar no nosso crescimento (E22).</p> <p>O nosso fluxo é muito grande de pacientes, às vezes nós temos falta de profissionais para atender a quantidade de pacientes que chegam; alguma coisa fica por fazer, não que vá prejudicar o paciente, mas o que eu poderia fazer a mais para o paciente eu não posso fazer devido ao [...] aqui são 03 leitos de estabilização hoje nós temos 04 pacientes no setor; acontece de ficar 05 ou 06 pacientes, principalmente quando não tem vaga na UTI [...] o paciente fica esperando; quando chega novos pacientes não tem como a gente prestar assistência total ao paciente (E23).</p> <p>Nós revemos os processos e disseminamos para equipe; nós atuamos também na assistência direta então, se eu estiver passando pelo corredor e verificar que tem uma grade de leito não elevada, a minha obrigação é elevar a grade independente de qual seja a minha função [...] a nossa responsabilidade é repassar os treinamentos para enfermeiros e técnicos de enfermagem [...] na verdade, nós (supervisores) não atuamos direto na assistência, a não ser quando for é solicitado; nós ficamos mais na parte administrativa (E24).</p>
---	--	---

<p>melhoria da assistência ao paciente [...] a segurança do paciente em primeiro lugar (E18).</p> <p>Segurança do paciente é lidar pela integridade física e mental do paciente; dentro de uma unidade complexa igual nós temos, o nível de estresse é muito grande, então, eu acredito que além da segurança física, quedas, nós temos também que lidar com a segurança mental do paciente; proporcionar conforto e humanização, trazer a família mais para perto, dar uma atenção maior para o paciente (E20).</p> <p>São medidas, independente da cobrança por lei [...] são medidas que prevemos, dentro do possível, riscos, acidentes, erros, que possam trazer uma lesão, uma internação até a morte para o paciente; é evitar erros e acidentes inerentes ao que a gente consegue ver; é dar toda atenção ao paciente, não só para o paciente, para o familiar e o acompanhante também; não é porque é um acompanhante que nós não temos a responsabilidade de cuidar e zelar; são valores muito além do que é cobrado (E21).</p> <p>Segurança do paciente é assegurar que o paciente receba uma assistência de qualidade e que durante essa assistência ele não sofra nenhum evento, nenhum dano que possa interromper, prejudicar ou atrapalhar o desfecho clínico deste paciente aqui [...] hoje</p>	<p>detalhes ficam para trás e estes mínimos detalhes é que geram desconforto (E38).</p> <p>Dentro da segurança do paciente entrando na parte de humanização que é um dos pilares e a base primordial para se tratar, nós buscamos melhorias como um todo (E40).</p> <p>Nós estamos aqui pra cuidar de outra pessoa, de outro ser humano, da mesma forma que eu gostaria que alguém cuidasse de mim; quando nós trabalhamos com esse raciocínio de que nós temos que ter e ofertar essa qualidade, não para o meu coordenador ou supervisor do dia, mas para o paciente nós conseguiríamos fazer diferença; a enfermagem trabalha muito nisso, no que a instituição pede, não é porque a instituição pede, isso é regido, é normativo, é lei; existem estudos e a instituição apenas aplica; nós temos que aplicar para o paciente, os nossos cuidados devem ser baseado nisso (E42).</p>	<p>Acredito que se tivéssemos mais funcionários a assistência ficaria melhor [...] sobrecarrega muito o funcionário; às vezes o paciente não recebe a assistência ideal, perfeita, devido a isso [...] tem muita coisa para fazer e acaba ficando uma coisa ou outra a desejar (E26).</p> <p>O funcionário às vezes tem o desgaste profissional ou vem cansado para o serviço, tudo isso é fator de risco para o paciente; essas coisas ainda precisam ser trabalhadas (E27).</p> <p>No gerenciamento total da unidade eu tenho que me preocupar desde o processo de controle de qualidade até a assistência do paciente até sua alta, não só em questão da enfermagem, mas da equipe multiprofissional; apesar da minha formação ser de enfermeira a minha atenção na segurança envolve todo o processo assistencial; eu preocupo com o acesso venoso perdido, com a medicação, mas eu também preocupo se essa paciente teve uma identificação lá na internação no processo correto, se ela subiu correta, se ela teve problemas no acesso para chegar até aqui, se ela foi bem atendida conforme a identificação de risco, se ela passou por um processo assistencial correto, se ela teve uma alta segura [...] A nossa formação às vezes não consegue dar uma visão geral da assistência e na hora que a gente chega a um hospital, nós ficamos um pouco perdida [...] dentro de uma unidade</p>
---	--	--

<p>nós já temos uma certificação nível 03 e segurança nível 01, é um trabalho que temos empenhado; a Santa Casa procura nos dar suporte praticamente em tudo que precisamos; sabemos que a Santa Casa trabalha com recursos do SUS e do PROHOSP e que está aliada ao Programa Brasileiro de Segurança do Paciente que sempre nos disponibilizam folders e materiais para uso na instituição (E22).</p> <p>Devemos prestar cuidado e evitar danos a partir do momento que o paciente entra no hospital; devemos proporcionar um tratamento de qualidade [...] se um paciente entra na instituição com um estado crítico de saúde, ele deve sair melhor do que ele entrou por isso todas as áreas do hospital devem atuar visando à segurança do paciente [...] dependendo da situação, às vezes há a necessidade de aplicarmos uma advertência verbal ao funcionário, uma suspensão e já tivemos casos de demissão; na verdade a nossa intenção não é punir, mas dependendo da situação, alguma coisa tem que ser feita (E24).</p> <p>Segurança do paciente é a qualidade da assistência, que não ofereça nenhum risco para o paciente (E25).</p>		<p>nós somos referência de gerenciamento, nós temos um pouco de visão de cada coisa [...] eu acho que é importante nós pesquisarmos sobre segurança do paciente; tem artigos sobre segurança, cada dia crescendo mais, mas muitas vezes a gente lê e não consegue identificar realmente as falhas nos processos [...] (E28).</p> <p>Como eu sou enfermeira 1, eu atuo mais com os técnicos de enfermagem; tudo que acontecer com meu paciente eu tenho que passar para minha enfermeira chefe, para que ela tome a conduta necessária [...] tudo é passando para os chefes [...] poderia estar contratando mais funcionários; nós trabalhamos dentro das leis do Conselho, às vezes nós assumimos três pacientes aqui e é tão corrido que isso acaba gerando alguns erros (E30).</p> <p>Nós identificamos através de escalas o paciente com risco de queda, com risco de desenvolver úlcera por pressão e a partir daí nós traçamos um plano de ação individualizado por paciente, mesmo sendo um setor de Urgência é protocolo nosso sempre manter as grades elevadas nos leitos/macacões, a mudança de decúbito de 2/2horas, a verificação do acesso venoso periférico ou central, a identificação dos sinais flogísticos para prevenção de infecção,</p>
--	--	---

<p>É todo cuidado; toda assistência tem que ser prestada para o paciente não ter nenhum risco de queda, medicação, etc. (E26).</p> <p>Mensalmente é realizada a análise dos indicadores de acordo com os números de riscos e de eventos encontrados e notificados no setor, esses eventos são trabalhados como Plano de Ação com toda a equipe [...] nós trabalhamos na instituição com o Protocolo de Londres, quando um evento grave acontece, com risco inclusive de morte para o paciente, toda a equipe é chamada para analisarmos as causas deste evento; todos os envolvidos no evento são chamados; são pontuadas as falhas e realizado planos de ação para prevenção de novos eventos e isto é divulgado para toda equipe (E27).</p> <p>Nós não somos voltados apenas para a segurança intra-hospitalar, a nossa preocupação vem desde o nível primário passando pelo secundário, terciário e quando devolvo o binômio mãe-filho para a atenção primária [...] nos preocupamos muito sobre a questão da sociedade, do envolvimento da sociedade em relação ao binômio então, nós fazemos o processo de segurança desde o pré natal, com todas suas ações estratégicas, depois aplicamos a segurança na maternidade e retornamos em seguida à atenção primária [...] o meu parecer de segurança é muito</p>		<p>cabeceira elevada para prevenção de broncoaspiração (sobre dano) a conduta imediata é identificar o que aconteceu; o paciente recebe avaliação de um especialista, do médico plantonista, ele é avaliado pela equipe de enfermagem e a partir daí nós notificamos o evento, dentro dos ‘eventos’ nós temos os inaceitáveis e os toleráveis, os eventos inaceitáveis são aqueles que realmente não podia acontecer (E31).</p> <p>Nós só conseguimos uma boa resposta de treinamento se agente é o agente que faz, ou seja, tem que começar por mim; eu tenho que fazer correto para que eu influencie os meus colaboradores [...] eu tenho que fazer primeiro para depois passar orientação a eles [...] tenho que acompanhar; não adianta eu fazer treinamento e não acompanhar meus resultados [...] No meu setor há diferentes níveis de atuação, eu tenho auxiliar e técnico de enfermagem, tenho enfermeiros que prestam assistência direta ao paciente [...] todos são capacitados da mesma forma, porém por ex. as enfermeiras podem fazer sistematização de enfermagem, pode fazer o painel de risco que gente faz [...] nós dividimos a assistência por paciente, por complexidade, não tem como você falar: ‘eu fiquei com todas as crianças graves do setor’, não; é dividido por complexidade, é dividido por paciente [...] (E32).</p>
---	--	---

<p>difícil, porque para você falar que está tendo segurança, você tem que dar alta para o paciente sem inseri-lo em nenhum evento, tolerável ou intolerável, nenhum [...] hoje eu vejo a equipe cobrando uma segurança que às vezes nem mesmo o médico observou; a equipe cresceu juntamente com as políticas de segurança do hospital e não é uma cobrança, faz parte do dia a dia; porque se você só faz quando cobra, você não pratica; os riscos que eu tenho como são trabalhados diariamente não se tornam emergências, faz parte da equipe o processo de entendimento do que é segurança do paciente [...] o colaborador tem consciência da importância dele no processo de segurança, não só os técnicos de enfermagem, mas a equipe multiprofissional; a pessoa da assepsia que trabalha comigo, ela sabe a importância dela ter aquela atuação precisa, que ela é importante no processo, se ela não souber, ela pode expor um paciente ao risco de infecção, então é uma equipe bastante entrosada e participativa [...] o hospital veio de um processo de acreditação, o processo número 1 é a segurança, nós precisávamos de muitas mudanças em relação à segurança e nós conseguimos, amadurecemos muito neste processo [...] nós somos o primeiro hospital do SUS a ser acreditado [...] (E28).</p> <p>Para começar, vindo trabalhar, chegando aqui no local de trabalho [...] é muito complexo,</p>		<p>Eu estou no processo de transição, antes eu ficava na sala de parto acompanhando todo o trabalho de parto [...] agora estou ficando na coordenação, em treinamento, na parte de supervisão (sobre a transição) nós verificamos a punção venosa dos pacientes, a validade dos equipamentos dentro do quarto, checamos a validade das almofadas; desinfecção dos berços; avaliamos o banheiro, sujidade, chão molhado, se o funcionário está utilizando luva nos procedimentos; se a grade do leito está elevada, se as medicações estão todas identificadas; essa visão (E35).</p> <p>O painel de risco é evidenciado na evolução e na prescrição de enfermagem; nós conferimos em todos os plantões e nas evoluções, se o painel está sendo efetivo, se os colaboradores estão realmente olhando os riscos e prevenindo-os; nós atuamos diretamente com a equipe, orientando e avaliando se realmente está há prevenção dos riscos que a gente detectou [...] nas alas de internação é muito puxado para as enfermeiras, é bem complicado [...] às vezes a enfermeira não consegue ter um acompanhamento direto, acaba priorizando um ou outro paciente que é mais grave [...] as experiências de pós-graduação, as discussões que fazemos com colegas que trabalham em outras, verifico que a nossa instituição está conseguindo ter esse olhar</p>
---	--	---

<p>envolve tudo [...] é desde o momento que a gente sai de casa, pensando no trabalho em si (E30).</p> <p>Segurança nós temos que pensar em tudo, o uso de EPIs para não ter infecção cruzada, identificação dos quartos principalmente quando é isolamento, tem que ter identificação da punção venosa e outros dispositivos de segurança; conexões, datadas, validadas; controle rigoroso de psicotrópico, de medicação de uso domiciliar, enfim [...] nós temos os indicadores de risco que fazemos mensalmente, nós comparamos com o mês anterior e em cima disso, trabalhamos outras diretrizes dentro do setor (E32).</p> <p>Segurança do paciente é garantir que o paciente tenha um período de internação com o mínimo de intercorrências possíveis, saindo do hospital sem nenhuma influencia do meio [...] tudo nós temos documentado através de protocolos e POP, que é uma padronização do hospital, mas também nós temos os específicos do setor (E33).</p> <p>Segurança no trabalho é tudo aquilo que você previne contra algum tipo de acidente, é ter proteção contra algum acidente de trabalho, ou algo desse tipo, desde usar os EPIs corretamente até o cuidado com a limpeza, assepsia e espaço físico [...] segurança é tudo</p>		<p>mais avançado (sobre segurança do paciente), acredito que nós estamos no caminho certo (E36).</p> <p>Hoje na entrada do paciente nós aplicamos o <i>checklist</i> da Cirurgia Segura de acordo com Organização Mundial de Saúde, nós fazemos no pré-anestésico antes da indução e na sala antes da anestesia; o <i>checklist</i> é a apresentação dos membros da equipe, qual cirurgia vai ser realizada e a lateralidade [...] quando termina a cirurgia ocorre à contagem dos instrumentais e avaliação de peça cirúrgica retirada; é feito nas 3 etapas, às vezes nós temos que interromper alguma fase algum processo quando falta alguma coisa; na evolução nós relatamos a lateralidade, geralmente no prontuário o médico relata o lado escrito também, agora marcar no paciente ainda não é feito, alguns cirurgiões fazem; agora em novembro vamos ter o Programa de Qualidade da Cirurgia Segura, nós vamos passar um filme e esse filme vai ficar passando o tempo todo no Centro Cirúrgico para incentivar aqueles cirurgiões que não fazem a lateralidade ainda, é uma porcentagem grande que faz mas, nós temos um minoria que tem dificuldade ainda de fazer; em 70% dos pacientes é aplicado protocolo da Cirurgia Segura que foi implantado, os profissionais estão engajados [...] (E37).</p>
--	--	--

<p>aquilo que traz uma proteção para você realizar o trabalho com segurança, fora de riscos (E34).</p> <p>Segurança do paciente é trabalharmos tomando os cuidados necessários, cuidando para que não ocorra nenhum dano, nenhum acidente, durante a internação dele [...] (E35).</p> <p>Nós trabalhamos com o impresso de notificação de eventos onde quantificamos o risco, o tipo de risco e a probabilidade desse risco acontecer; após notificação do evento, os eventos são encaminhados para coordenação e são realizados planos de ação (E36).</p> <p>Segurança do paciente é quando o paciente se sente protegido em todas as etapas, sem nenhum risco, sem nenhum evento adverso [...] Precisamos de mais orientações aos médicos, ao corpo clínico, para melhorar a segurança porque não são todos que estão engajados (E37).</p> <p>É tudo aquilo que fazemos para evitar danos ao paciente (E38).</p> <p>Nós visamos uma abordagem para o paciente olhando todos os critérios, desde a parte de estruturação e avaliação de riscos que esse paciente tem quando ele interna que é totalmente até os riscos preconizados na instituição [...] nós avaliação o paciente e</p>		<p>Já faz 02 anos que só a enfermeira administra quimioterápico; não que o técnico de enfermagem não seja capacitado para isso, ele é, mas por causa das normas de segurança nós achamos melhor apenas o enfermeiro administrar (E39).</p> <p>Nós estabelecemos os critérios e passamos não só para a equipe de enfermagem, mas a todos da equipe multiprofissional para ajudar neste controle, seja a questão médica, a psicóloga, nutricionista, todos que estão em assistência direta ao paciente, para estar verificando esses cuidados: elevação de grade de leito, cabeceira elevada para evitar o risco de broncoaspiração e as orientações a equipe de enfermagem sobre os cuidados específicos para esse paciente para que todos os cuidados assistidos sejam relatados porque sem o relato nós não conseguimos comprovar que foi realizado [...]o que foi passado na época da faculdade visava somente o tratamento da doença e hoje não (E40).</p> <p>Nós ainda temos muita resistência, nós recebemos muitas pessoas novas, mas nós temos que engajar nossa equipe; é complicado a parte de aceitação, de entendimento, nós sabemos que sim, mas pelo menos o nosso papel de incentivo, de esclarecimento, de orientação nós temos feito; nós trazemos os meninos para gente, tentamos mostrar para</p>
--	--	---

<p>direcionamos os critérios encontrados para não causar nenhum evento ao paciente [...] nós trabalhamos com vários programas, temos a avaliação anual realizada pela instituição e setor de RH onde é avaliado o paciente e o profissional; após avaliação realizamos planos de ação para que se consiga atingir a próxima meta (E40).</p> <p>O que mais atrapalha na questão da segurança, de observar o paciente de uma forma geral, tanto aqui na Santa Casa quanto em outras instituições pela qual eu passei é a burocracia, nós ouvimos os médicos falando até durante a cirurgia que preencher “papel” não é importante, mas para a instituição “papel” é muito importante e nós temos muitos papéis para preencher; acredito que tanto a enfermagem, quanto a equipe de saúde em geral, hoje tem que focar muito na parte burocrática, então, no meu ponto de vista, tinha que minimizar a questão burocrática [...] nós vemos a equipe de enfermagem e os médicos passando plantão para o outro com foco no papel, eles não assistem o paciente [...] não sei se resolveria completamente, mas a informatização ajudaria bastante, você faria todo o processo mais rápido e a unificação burocrática em um pequeno checklist seria mais ágil para os profissionais e os mesmos teriam mais tempo para focar no paciente (E41)</p>		<p>eles que quando alguma coisa dá errado que a falha não é apenas de pessoa; nós trabalhamos em equipe então o processo inteiro influencia naquele erro [...] eu acho que eles conseguem extrair bem isso, nós conseguimos ter um retorno bom, não é 100% (riso) [...] se você pega um bom plantão você já está começando a traçar sua linha de segurança para aquele paciente; você já consegue ver o que seu paciente vai precisar, você consegue se organizar; certas coisas não precisa de você ter um enfermeiro para te cobrar, porque eu não faço para Santa Casa, eu não presto cuidados para Santa Casa, eu presto um trabalho pra Santa Casa mas os nossos cuidados são para o paciente; eu não vou vigiar uma grade não elevada porque a Santa Casa me pede isso, eu tenho que ter essa noção; as nossas atividades são voltadas para uma outra pessoa, e que não é nada minha e nisso a minha responsabilidade aumenta ainda mais (E42).</p>
---	--	---

<p>Nós temos que ter e ofertar qualidade, não para o meu coordenador ou supervisor, mas para o paciente que está conosco; a enfermagem trabalha muito neste contexto, no que a instituição pede, não é porque a instituição pede, isso é regido, é normativo, é lei, existem estudos e a instituição apenas aplica [...] certas coisas não precisa ter um enfermeiro para cobrar, porque eu não faço para Santa Casa, eu não presto cuidados para Santa Casa, eu presto serviços para a instituição mas os nossos cuidados são para o paciente que é minha responsabilidade (E42).</p>		
--	--	--

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação do enfermeiro na segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Pesquisador: Zélia Marilda Rodrigues Resck

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47827215.4.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.189.495

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa no nível de mestrado, cujo o objeto de estudo é a análise da atuação dos enfermeiros na segurança do paciente no contexto hospitalar, pautado em três eixos: a qualidade na política nacional de Humanização, a política nacional de segurança do paciente e o papel do enfermeiro neste contexto de qualidade, pautado nas legislações profissionais. O cenário do estudo será um hospital geral, regional, de caráter filantrópico que atende 70% de pacientes pelo Sistema Único de Saúde, situado em município do sul de Minas Gerais. O método será abordagem qualitativa dentro da hermenêutica dialética nas perspectivas de Habermas e Gadamer. Os dados serão coletados por meio de entrevistas semi estruturadas realizadas com os enfermeiros da instituição.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a atuação de enfermeiros, no que se refere à segurança do paciente, em uma instituição hospitalar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não traz complicações legais, nem riscos à integridade física do enfermeiro participante e se ao responder os questionários de pesquisa, o enfermeiro sentir-se constrangido ou incomodado, podemos interromper temporariamente ou definitivamente a entrevista para darmos o suporte psicológico necessário ao entrevistado.

Benefícios:

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

OB Gandli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.189.495

Promover a reflexão dos enfermeiros sobre segurança do paciente dentro de instituição hospitalar e propor a criação e/ou reformulação de um protocolo sistematizado sobre segurança do paciente para a instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com referencial teórico atualizado e objetivos pertinentes ao contexto da pesquisa. Possui metodologia de coleta e de análise de dados bem definida e condizente com os objetivos propostos. Não apresenta conflitos de interesse. Cronograma encontra-se com períodos bem distribuídos de forma a ser possível sua execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de Anuência das instituições: constante, adequada e assinada (ultimo anexo do projeto de pesquisa)

TCLE: constante e adequado

TCUD: não se aplica

Folha de Rosto: constante e assinada

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa- Comitê de Ética em Pesquisa.pdf	30/07/2015 09:29:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/07/2015 09:29:28		Aceito
Outros	autorização sc.pdf	30/07/2015 09:30:19		Aceito
Outros	CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.pdf	30/07/2015 09:31:15		Aceito
Folha de Rosto	Folha Rosto.pdf	30/07/2015 09:37:01		Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Página 02 de 03

CEGandhi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.189.495

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 560998.pdf	30/07/2015 10:53:35		Aceito
--------------------------------	--	------------------------	--	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 24 de Agosto de 2015

Assinado por:

Cristiane da Silva Marciano Grasselli
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

ANEXO B

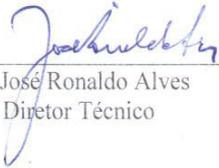
Santa Casa de Misericórdia de Passos
Hospital Regional
CNPJ (MF) 23.278.898/0001-60 - Inscrição Estadual: Isento
PABX - DDR: (035) 3529.1300 (Geral)
Rua Santa Casa, 164 - CEP 37904-020
Passos - MG
e-mail: scpassos@scpassos.org.br

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Eu, Dr. José Ronaldo Alves Diretor Técnico da Santa Casa de Misericórdia de Passos, autorizo a coleta de dados da pesquisa "Atuação do enfermeiro na segurança do paciente no ambiente hospitalar". (Trabalho da UNIFAL – Universidade de Alfenas); que será realizada pela aluna Aline Teixeira Silva.

Passos, 15 de julho de 2015.

Assinatura: _____


Dr José Ronaldo Alves
Diretor Técnico