

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

MONIQUE JUNGES DAL POZZO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:**  
**Estratégia para implantar protocolos de segurança do paciente em um hospital**  
**público**

Porto Alegre

2014

MONIQUE JUNGES DAL POZZO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:**

**Estratégia para implantar protocolos de segurança do paciente em um hospital público**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Edi Chaves

Porto Alegre

2014

D136e Dal Pozzo, Monique Junges  
Educação permanente em saúde: estratégia para implantar protocolos de segurança do paciente em um hospital público / por Monique Junges Dal Pozzo. – Porto Alegre, 2014.

79 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2014.

Linha de pesquisa: Educação em saúde.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone Edi Chaves, Escola de Saúde.

1.Enfermagem – Estudo e ensino. 2.Saúde pública.  
3.Educação sanitária. 4.Qualificações profissionais. 5.Hospitais públicos. 6.Promoção da saúde. I.Chaves, Simone Edi. II.Título.

CDU 614.253.5:37

614

614:37

Catálogo na publicação:  
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

ATA DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO PÚBLICA Nº 08/2014

Aos dezesseis dias do mês de maio do ano de dois mil e catorze, realizou-se, na Sala CPA204 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a sessão de Arguição Pública do Trabalho de Conclusão "PROTÓCOLOS ASSISTENCIAIS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM NA REALIDADE DE UM HOSPITAL PÚBLICO" da aluna Monique Junges Dal Pozzo, nível Mestrado. A Comissão Examinadora foi constituída pelas professoras doutoras Simone Edi Chaves (orientadora), Sandra Maria Cezar Leal (UNISINOS), e Carmen Maria Lazzari (HCPA e UNISINOS).

Desenvolvidos os trabalhos nos termos do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, o Trabalho de Conclusão foi aprovado pela Comissão Examinadora.


Comissão Examinadora:



Profa. Dra. Simone Edi Chaves (Orientadora)



Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal



Profa. Dra. Carmen Maria Lazzari

*Dedico este estudo  
aos meus pais, Tomás e Ingrid,  
fonte de inspiração, exemplo de esforço e dedicação.*

## AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, doaram um pouco de si para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível. Eles são meus heróis e merecem meus agradecimentos. A todos eles o meu muito obrigada!

...a Deus, em primeiro lugar, a capacitação concedida, sem a qual não poderia ter sido realizada a presente pesquisa, por iluminar a minha vida e colocar em meu caminho pessoas maravilhosas;

...à minha família, pela base sólida que sempre me deu forças para encarar a vida de frente;

...à minha irmã Justine, pelas palavras de incentivo, pelos gestos de amizade sempre e pela grande ajuda;

...à minha mãe Ingrid, por cumprir este papel magistralmente, pelo amor intenso, paciência, doçura, por “aquele colo” quando precisava e carinho sempre;

...ao meu pai Tomás, por ser tão pai em minha vida, pelo amor, pelo apoio, pela força, pelas dicas e críticas;

...ao meu amor Thiago, pela compreensão e paciência nos momentos difíceis. Amo vocês de todo o coração!

...à minha orientadora Simone Edi Chaves, por todo o conhecimento passado e pelas supervisões;

...à professora Lísia Maria Fensterseifer, pelo auxílio e apoio, sempre com carinho e dedicação;

...às professoras Sandra Leal e Carmen Lazzari que farão as correções necessárias para que o andamento deste trabalho saia a contento.

...à professora Dulce Maria de Souza, amiga e minha professora de Português da 7ª e 8ª séries do Instituto Nossa Senhora de Lourdes, em Petrópolis – RJ, pela finalização e correções ortográficas feitas com muito carinho por uma grande profissional que guardo no coração com saudade;

...aos amigos do serviço que me ajudaram de alguma forma, com dicas, sugestões, ideias e conselhos que me foram muito importantes: Dr. Adão Machado, Dr<sup>a</sup>. Vanessa Schultz e Enf. Michelle Ruprecht.

*“Que eu jamais me esqueça de que Deus me ama infinitamente, que um pequeno grão de alegria e esperança dentro de cada um é capaz de mudar e transformar qualquer coisa, pois a vida é construída nos sonhos e concretizada no amor”*

*Chico Xavier*

## RESUMO

A aplicação de Protocolos Assistenciais de Cuidado em Enfermagem (PACE) busca qualificar as práticas de cuidado, e para isso, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é utilizada como uma ferramenta educativa, no sentido de promover o conhecimento sobre segurança do paciente. **Objetivos:** Implantar no Hospital Universitário de Canoas - RS (HU), os PACE adotados na Rede Mãe de Deus, com vistas ao processo de certificação; verificar como os técnicos vivenciam a aplicação dos PACE identificar contribuições que os PACE podem trazer para o HU; propor um plano de EPS com vistas à aplicação dos PACE. **Método:** Estudo desenvolvido com dez técnicos de enfermagem, do tipo exploratório-descritivo, enfoque qualitativo. **Resultados:** Dos Grupos Focais emergiram categorias: interferência da infraestrutura do hospital na assistência de enfermagem; interferência do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem na assistência ao paciente; EPS como transformadora no cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem; elaboração de uma ferramenta que favorece a aplicação das Metas Internacionais de Segurança, e um plano de sugestão de EPS com vistas à aplicação dos PACE. **Conclusão:** o Estudo servirá de guia para implantar melhorias na prática assistencial. Existem dificuldades, mas os processos de trabalho que dependem das pessoas estão ocorrendo.

**Palavras-Chaves:** Protocolos Assistenciais. Segurança. Qualidade no Cuidado. Enfermagem. Cuidado em Enfermagem. Educação Permanente em Saúde.



## ABSTRACT

The Application of Nursing Care Protocols (NCP) seeks to qualify the care practices, and for this, the Permanent Health Education (PHE) is used as a working tool, to promote knowledge about patient safety. **Objectives:** Implement in Hospital Universitário de Canoas - RS (HU), NCPs adopted in Network Mãe de Deus, with view to certification process; verify how technical team identifies the application of NCPs; identify contributions that NCPs may bring to HU; propose a PHE plan towards the implementation of NCP. **Method:** Study conducted with ten practical nurses, exploratory-descriptive, qualitative approach. **Results:** From the focus groups, categories were emerged: interference of the hospital infrastructure in nursing care; interference of nursing staff work in patient care; PHE as a modifier in the daily work of the nursing staff; development of a tool that promotes the implementation of the International Safety Goals and a PHE cue plan towards the implementation of NCPs. **Conclusion:** This study will serve as a guide to implement improvements in care practice. There are difficulties, but the work processes that depend on people are happening.

**Keywords:** Care Protocols. Safety. Quality Care. Nursing. Nursing Care. Permanent Health Education.

## LISTA DE ABREVIATURAS

EPS - Educação Permanente em Saúde  
EUA – Estados Unidos da America  
GF – Grupo Focal  
HMD – Hospital Mãe de Deus  
HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição  
HU – Hospital Universitário  
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations  
JCI – Joint Commission International  
MS – Ministério da Saúde  
MTE – Ministério de Trabalho e Emprego  
NCLEX – National Council's of Learning Extention  
NR – Norma Regulamentadora  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONA – Organização Nacional de Acreditação  
PACE – Protocolos Assistenciais de Cuidado em Enfermagem  
PEPS - Programa de Educação Permanente em Saúde  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
SSMD – Sistema de Saúde Mãe de Deus  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UIA – Unidade de Internação Adulto  
ULBRA – Universidade Luterana do Brasil  
UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization  
UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
3.1 O SISTEMA DE CERTIFICAÇÃO NA ÁREA DA ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DOS USUÁRIOS.....	15
3.2 O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A ENFERMAGEM E A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL.....	19
3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	22
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA.....	26
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	26
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	27
<b>4.3.1 Critério de Inclusão</b> .....	<b>27</b>
<b>4.3.2 Critério de Exclusão</b> .....	<b>27</b>
4.4 COLETA DE DADOS .....	27
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>32</b>
<b>6 RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	<b>33</b>
6.1 CATEGORIAS TEMÁTICAS .....	37
6.1.1. Interferência da infraestrutura do hospital na assistência de enfermagem.....	37
6.1.2 Interferência do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem na assistência ao paciente .....	40
6.1.3 Educação Permanente em Saúde como transformadora do cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem.....	43
<b>7 PROPOSTA DA APLICABILIDADE DOS PACE UTILIZANDO-SE A METODOLOGIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b> .....	<b>47</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PRODUTO FINAL</b> .....	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>51</b>

<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DA PRÁTICA EDUCATIVA PARA ETAPA II.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ETAPA I E ETAPA III – GRUPOS</b>	
<b>FOCAIS I E II.....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE D –CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO A – PARECER UNISINOS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO B – PARECER HOSPITAL MÃE DE DEUS.....</b>	<b>63</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Como enfermeira, profissional da área da saúde, tenho estado envolvida não somente em atividades assistenciais cotidianas de trabalho, mas também em pesquisas acadêmicas com o objetivo de qualificar minha prática de trabalho e desenvolver melhorias nas ações de enfermagem juntamente com minha equipe. Deste modo, busco, por meio deste estudo, caminhos e possibilidades que podem contribuir de maneira significativa para a mudança da prática de cuidado em saúde e em enfermagem no contexto do Hospital Universitário de Canoas – ULBRA – Mãe de Deus (HU), local onde atuo.

Atualmente, deparamo-nos com inúmeras situações no campo da saúde que apontam para as necessidades de mudança, principalmente a necessidade de qualificarmos o modo como “prestamos assistência” aos usuários dos serviços de saúde.

A segurança voltada ao paciente é de suma importância e tem sido pauta de debates nas instituições internacionais que atuam sobre o tema, como a Joint Commission International (JCI), que define estratégias para que os serviços de saúde busquem qualificar seus processos de trabalho a fim de garantir qualidade, reduzindo riscos e danos desnecessários. Existem erros, violações e falhas no processo de cuidado que aumentam o risco de incidentes que causam danos aos usuários dos serviços de saúde. (RUNCIMAN et al, 2009).

Ao aprofundar os estudos acerca desta temática, percebo a necessidade de discutirmos o tema *segurança do paciente* com vistas à diminuição de riscos e danos gerados a partir do processo de trabalho no ambiente onde atuo. No cotidiano de uma unidade hospitalar, alguns riscos podem ocorrer, como: troca de identificação relacionada ao paciente, erro de medicações e infecções causadas pela falta de aderência à lavagem das mãos, entre outros. Por mais que estes acontecimentos sejam rotineiros e conhecidos pelos serviços de saúde e pelos colaboradores, eles seguem ocorrendo diariamente, colocando em risco a qualidade da atenção à saúde e, conseqüentemente, causando dano ao usuário dos serviços de saúde.

Os processos educativos realizados com as equipes de saúde, as palestras e os treinamentos visam a minimizar estas questões, buscando compartilhar com os profissionais mecanismos e estratégias de redução dos riscos causados aos

pacientes. Uma das estratégias mais frequentes é a instauração de determinados “protocolos” ou “certificações” como sendo um processo que define passos, rotinas, padrões e orientações para certos tipos de procedimentos, a fim de que sejam executados nos “padrões” estabelecidos pelo serviço com vistas à manutenção da segurança do paciente.

Em outras palavras, protocolo é um método usado nos serviços de saúde que permite melhorar a comunicação entre os processos de trabalho (atenção e gestão) e tem por objetivo estabelecer claramente os critérios de segurança a serem seguidos. Os protocolos existem para garantir a segurança do paciente, a fim de que os processos sejam seguidos de modo criterioso. Desta forma, tem-se a intenção de, no futuro, conseguir a certificação, que é quando todos os protocolos são aplicados de maneira correta e os procedimentos passam a ter uma rotina padronizada. (HEBLING et al, 2007).

No serviço onde atuo, existem diversos protocolos os quais são utilizados para nortear as rotinas daquilo que os diz respeito. Os protocolos orientam as práticas de todos os hospitais pertencentes ao Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD), incluindo o HU. As pessoas responsáveis por criarem esses protocolos são aquelas consideradas mais capacitadas dentro das áreas específicas. Os protocolos são revisados anualmente por outra pessoa, a fim de verificar e atualizar as informações.

Os seis Protocolos Assistenciais de Cuidado em Enfermagem (PACE) abordados neste trabalho são os seguintes: Identificação de pacientes; Comunicação Verbal; Etiquetagem e Armazenagem de Medicamentos de Alta Vigilância; Checklist da Cirurgia Segura; Higienização das Mãos; Prevenção e Manejo de Quedas.

Há um interesse crescente a respeito do tema da certificação, principalmente pelas novas tendências de gestão em saúde, aliadas ao fato de que os serviços hospitalares têm investido e buscado a “Acreditação”, que é o reconhecimento formalizado por órgãos internacionais como a JCI e a Organização Nacional de Acreditação (ONA), em que se estipulam protocolos a serem seguidos nos serviços de saúde para garantir a segurança e qualidade de assistência ao usuário. O processo de Acreditação confere um *selo* que traduz a *qualidade* e a *excelência* de atendimento prestado ao usuário. (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

O sistema de Acreditação na Enfermagem vem de duas influências: uma originada pela preocupação do profissional com o bem-estar e segurança do paciente, e outra como resposta à demanda do consumidor, pela segurança e habilidade do enfermeiro para desenvolver tarefas altamente especializadas. (DESILETS, 1998).

A enfermagem busca, cotidianamente, desenvolver medidas de cuidado, a fim de fornecer maior conforto e qualidade de assistência. Deste modo, tem se envolvido com o tema da certificação como sendo uma estratégia para o desenvolvimento de determinados processos e procedimentos de trabalho visando à garantia da qualidade da assistência e, conseqüentemente, a segurança dos usuários dos serviços de saúde. (GENTIL; SANNA, 2009).

O processo de certificação pressupõe uma ação coletiva, multiprofissional e interdisciplinar, ou seja, para que sua implementação seja eficaz, depende-se da equipe, do paciente e dos gestores envolvidos, sendo que esta se conquista por meio do desenvolvimento de atos e processos educativos. (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

A partir da minha experiência de trabalho, pude perceber a necessidade de o hospital onde atuo desenvolver estudos que abordem a qualidade e segurança do paciente, apostando na construção das certificações para as ações e práticas da qualidade da assistência em enfermagem.

Desta forma, o presente estudo aborda os Protocolos Assistenciais de Cuidado em Enfermagem na realidade de um Hospital Público, embasado nos protocolos já existentes no hospital privado, pertencente ao Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD), onde esta questão é desenvolvida de forma sistemática.

Assim, frente ao desafio já vivido por outro serviço pertencente ao SSMD, busca-se agora aplicar os Protocolos Assistenciais de Cuidado em Enfermagem em uma instituição de caráter público, com outras características e demandas, principalmente, porque estamos sempre na busca contínua da prestação de serviços de qualidade e segurança, e também servindo como modelo para outros serviços e unidades do próprio contexto hospitalar.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Implantar, no Hospital Universitário de Canoas - RS (HU), os Protocolos Assistenciais de Cuidado em Enfermagem adotados na rede Mãe de Deus, com vistas a um futuro processo de certificação.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Verificar como os técnicos de enfermagem do HU vivenciam a aplicação dos Protocolos Assistenciais de Cuidado em Enfermagem no seu cotidiano de trabalho;
- b) Identificar as contribuições que os Protocolos Assistenciais de Cuidado em Enfermagem podem trazer para a realidade do HU;
- c) Propor um plano de Educação Permanente em Saúde com vistas à aplicação dos PACE.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O SISTEMA DE CERTIFICAÇÃO NA ÁREA DA ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DOS USUÁRIOS

O tema de certificação em enfermagem teve início em 1940 nos Estados Unidos (EUA), quando se começou a pensar o bem-estar e a segurança nos serviços de saúde. Desde aquela época, o número de certificações vem aumentando consideravelmente, devido à crescente cobrança por um atendimento que prime pela excelência e qualidade. Bittar (2000) diz que certificação é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminadas.

O debate acerca da certificação tem sido tão explorado que o National Council's of Learning Extension (NCLEX) tornou-se, nos Estados Unidos, a principal entrada ao exame de enfermeiros para certas áreas. O NCLEX avalia o conhecimento dos enfermeiros em uma área específica de enfermagem e indica quais estão aptos a receber a liberação e certificação acerca dos cuidados relativos à área. (HOLLERAN, 2003).

Assim, podemos conceituar a certificação como sendo um processo pelo qual uma agência ou associação reconhece que, em determinado serviço de saúde, alcançaram-se certos padrões predeterminados e definidos para a prática especializada daquela profissão, assegurando que o indivíduo se tornou "expert" naquele conhecimento e adquiriu habilidades em uma determinada especialidade. (MANTON, 1984).

Com isso, asseguramos, de fato, que a internação daquele paciente, que está suscetível e vulnerável, tanto no sentido clínico, como emocional, torna-se diferenciada. Existe, então, a necessidade de profissionais que promovam serviços de qualidade e que sejam capazes de dar continuidade na assistência. (SORDI, 2009).

A certificação anuncia a necessidade de monitoramento contínuo da qualificação dos profissionais de uma determinada área, auferindo crédito social às suas práticas e, de algum modo, diferenciando-os daqueles que não possuem certificados, com a finalidade de busca contínua da qualificação dos profissionais. (SORDI, 2009).

Pode-se afirmar que toda prestação de serviço em saúde tem dois componentes de qualidade: um operacional, que é o processo propriamente dito, e outro de percepção, ou como os usuários percebem o tipo de serviço oferecido. (BITTAR, 2000).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) tem discutido a questão da segurança do paciente e aponta diretriz por meio das Normas Regulamentadoras (NR's<sup>1</sup>), Portarias e Resoluções (Resolução da Diretoria Colegiada – RDC), a fim de coordenar a emissão de certificados, que foram devidamente analisados e testados e trouxeram melhorias e benefícios tanto para o profissional como para o usuário do serviço de saúde. (BRASIL, 2010)

Por exemplo, a Resolução - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e dá outras providências (BRASIL, 2010). Esta resolução determina o número máximo de oito leitos para cada enfermeiro em ambientes fechados, como uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Já para os técnicos de enfermagem, serão dois leitos para cada profissional, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno.

Outro exemplo é a Norma Regulamentadora nº 4, que determina a adoção de medidas relacionadas às questões do trabalho. Este ambiente de trabalho também deve oferecer condições adequadas ao desenvolvimento das atividades, sendo que estas regras estipuladas pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) devem ser cumpridas por empresas privadas, públicas e órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho. (BRASIL, 2012).

Deste modo, para obter a certificação e o reconhecimento internacional de uma instituição reconhecida, que prime pela segurança, as instituições de saúde têm investido em processos educativos que desenvolvam competências e habilidades na equipe de saúde para que os protocolos possam ser efetivamente cumpridos.

---

<sup>1</sup> Conforme o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), as Normas Regulamentadoras tratam das questões de segurança e saúde no trabalho, no setor da saúde. Acredita-se que mudanças benéficas poderão ser alcançadas por meio das normatizações, uma vez que procedimentos e medidas protetoras deverão ser realizados com vistas a promover segurança no trabalho e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. (ROBAZZI ; MARZIALE, 2004).

O desenvolvimento de programas de garantia de qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação em termos éticos. A sistematização da oferta de cuidados, visando a uma melhora permanente e uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial, ensino e pesquisa, certamente será benéfica ao paciente e à comunidade, além de trazer benefícios no quesito segurança. (BITTAR, 2000).

A preocupação com a segurança do paciente é um tema de relevância crescente em todo o mundo. Dados da literatura indicam que um em cada seis usuários internados em hospitais é vítima de algum tipo de erro ou evento que, na maioria das circunstâncias, é passível de medidas de prevenção. (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

A segurança é uma importante dimensão da qualidade que se refere ao direito das pessoas de terem o "risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável". Erros, violações e falhas no processo de cuidado aumentam o risco de incidentes que causam danos aos usuários. (BOHOMOL ; RAMOS, 2007, p. 32-36).

Quando falamos em cuidado, estamos nos referindo à Enfermagem de modo geral, cuja responsabilidade é prestar um atendimento com total atenção e livre de possíveis erros. A qualificação do profissional na assistência evita riscos aos pacientes decorrentes de eventos adversos. (BOHOMOL ; RAMOS, 2007, p. 32-36).

A *Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organização não-governamental americana que avalia a qualidade dos serviços de hospitais dentro dos Estados Unidos da América (EUA), recomenda que existam ferramentas para medir e monitorar a performance de uma instituição e propõe a utilização de instrumentos de notificação. Sugere, ainda, que exista uma análise crítica sobre as causas de sua ocorrência e implantação de medidas de qualidade. (GOUVEA; TRAVASSOS, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou seis áreas de atuação, citadas logo abaixo, entre elas, o desenvolvimento de "Soluções para a Segurança do Paciente". Neste mesmo ano, a *The Joint Commission*, a mais importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu braço internacional, a *Joint Commission International*, foram designadas como o Centro Colaborador da OMS em "Soluções para a Segurança do Paciente". É papel desse

Centro a elaboração e a difusão de soluções que visem à Segurança do Paciente. (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2010).

As seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, as quais são descritas a seguir, são soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2010):

- a) Identificar os pacientes corretamente: falhas no processo de identificação dos pacientes podem causar erros graves, como a administração de medicamentos e cirurgias em pacientes “errados”. Os dois identificadores do paciente utilizados para a checagem são: nome completo e número do prontuário;
- b) Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência: erros de comunicação entre os profissionais da assistência podem causar danos aos pacientes. Para isso, o profissional que recebeu a ordem ou resultado deve, em primeiro lugar, escrever o que ouviu e então “ler de volta” a ordem completa ou o resultado de exame;
- c) Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância: soluções de eletrólitos em altas concentrações para uso endovenoso são potencialmente perigosas. Estas medicações não devem estar facilmente disponíveis no hospital e devem ser manipuladas na Farmácia;
- d) Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto: cirurgias ou procedimentos invasivos em locais ou membros errados são equívocos totalmente preveníveis, já que são decorrentes de falhas na comunicação e na informação para prevenção de cirurgias com local de intervenção errado, procedimento errado ou pessoa errada. Criado pela *Joint Commission*, este protocolo inclui:
  - a marcação do local da cirurgia ou do procedimento invasivo. A marcação recomendada é um círculo ou dois círculos circunscritos, simulando um alvo;
  - uma lista de verificação pré-operatória para confirmar que procedimentos importantes, como a avaliação pré-anestésica, anamnese, exame físico e consentimento informado, foram realizados;

- o TIME OUT, uma verificação final feita no local onde a cirurgia ou o procedimento invasivo será realizado, em voz alta, pela equipe responsável. Nesse momento, confirmamos a identificação do paciente, o procedimento e o sítio cirúrgico, utilizando técnicas de comunicação ativa entre todos os participantes da equipe;
- e) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde: a OMS estima que entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais adquirem uma ou mais infecções. A higiene das mãos, de acordo com as diretrizes atuais da OMS ou do Center for Disease Control, é uma medida primária preventiva fundamental;
- f) Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas: todos os pacientes devem ser avaliados e reavaliados periodicamente em relação ao risco de queda, incluindo o risco potencial associado ao uso de medicamentos prescritos e a adoção de medidas para diminuir ou eliminar qualquer risco identificado, quando possível.

### 3.2 O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A ENFERMAGEM E A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Na literatura científica, o termo *competência* é uma mescla na articulação entre conhecimentos, práticas, atitudes e julgamento. Para o campo da educação, esta articulação significa o comportamento humano moral, o respeito e a socialização. (O'NEALE;KURTZ, 2001).

Competência em educação envolve três grandes campos: o conhecimento, a habilidade e a atitude, e sempre traduz uma ação de resultado. Esta tríade norteia a construção de um perfil a ser traçado e busca a renovação das práticas educativas em saúde. Entretanto, é necessário investir, também, na discussão e reflexão sobre a forma como esse perfil pode ser operacionalizado no cotidiano dos serviços e no ensino de enfermagem. (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008).

Para outros autores, competência tem significados distintos, que podem estar ligados a tarefas, resultados e características de pessoas. Competência tem sido definida como “saber agir de maneira responsável e implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”. (FLEURY, 2001, p. 15-29).

A noção de competência tem aparecido, nos últimos anos, como modo de repensar as interações entre as pessoas, seus saberes, suas capacidades, suas organizações e suas demandas no campo dos processos de trabalho. (RUTHES; CUNHA, 2007).

Competência inclui doação e entrega, ou seja, o individuo compartilha eixos, conexões e sentidos. A competência é o conjunto de aprendizagens sociais no campo da saúde, cujo objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que poderá atingir a cura e a saúde, que é de fato a finalidade a que se quer chegar. (MERHY et al, 2004).

Para tanto, é no plano pedagógico que se testemunha a organização e a legitimação da passagem de um ensino centrado em saberes disciplinares a um ensino definido pela produção de competências e capacitações para o aperfeiçoamento profissional em situações concretas e específicas. Essas competências são definidas em relação aos processos de trabalho que os sujeitos deverão ser capazes de compreender e dominar (MESTRINER et al, 2007), mobilizando recursos de diferentes naturezas (conhecimentos, habilidades e atitudes).

Para que exista um processo de qualificação profissional, é preciso oferecer subsídios para seu eficaz aprimoramento, bem como manter as atividades de formação de modo contínuo, sistemático e participativo. (MERHY et al, 2004).

A qualificação e o aperfeiçoamento profissional no campo da saúde são utilizados como complemento permanente da educação formal e seu objetivo principal é a incorporação de novos conhecimentos teóricos, técnicos, operacionais, éticos e políticos a fim de trazer benefícios para a instituição, para o colaborador e, conseqüentemente, para os indivíduos que necessitam de cuidados. (MESTRINER et al, 2007).

Entende-se que um profissional qualificado deva estar em constante processo de aprendizado, desenvolvendo competências e habilidades, sejam elas teóricas, práticas, éticas ou políticas, que atendam às necessidades de cuidado. Deste modo, para pensarmos em processos de certificação ou acreditação dos serviços de saúde, é preciso que pensemos nas ações educativas que são desenvolvidas no serviço e de que modo elas, de fato, mobilizam para alguma transformação da prática. (MESTRINER et al, 2007).

De acordo com o manual de "acreditação" de hospitais para a América Latina e Caribe (WASHINGTON, 1998), o desenvolvimento dos programas para garantia de qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação em termos éticos e morais. A racionalização da oferta de cuidados, visando a uma melhora permanente e uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial, ensino e pesquisa, certamente será benéfica ao usuário e à comunidade. Os processos de educação em serviço, ou seja, a qualificação profissional, necessitam ser avaliados constantemente quanto à sua eficácia, eficiência, produção, produtividade e qualidade para que possam atender às necessidades dos serviços a partir do que se estabelece como prioridade para a instituição. (BITTAR, 2000).

A necessidade da qualificação profissional na área da saúde é constante e necessária, tendo em vista a complexidade da área e o rápido avanço tecnológico que tem nos colocado frente a realidades diversas e dinâmicas. (BITTAR, 2000).

Observa-se que o setor de saúde vem sofrendo os impactos no processo de ajuste macroestrutural, passando a assumir novas concepções gerenciais e tecnológicas, sendo estas: reestruturação das empresas através da adoção de estratégias de racionalização e diminuição de custos, assim como do aumento da produtividade e qualidade dos seus produtos e serviços. Estas, por sua vez, implicaram em mudanças na natureza e no processo de trabalho, além de indicarem a necessidade de maior capacitação dos seus colaboradores, com ênfase no conhecimento técnico-científico e nos atributos de qualificação profissional. (DELUIZ, 1995, 2001).

Nesse direcionamento e buscando atender às exigências de produtividade e de qualidade dos serviços prestados no setor de saúde, as organizações hospitalares assumiram o desenvolvimento dos seus colaboradores, ou seja, instituíram como rotinas as capacitações visando à qualificação e ao aperfeiçoamento profissional, sob a perspectiva do conhecimento como saber de gestão. Alteraram a forma de capacitar e gerenciar seus colaboradores, tornando cada vez mais generalizada a implantação de um modelo de gestão da força de trabalho. (DELUIZ, 1995, 2001).

Com a inserção de profissionais recém-formados no mercado de trabalho, os gestores do sistema de saúde acreditam ser de caráter prioritário oferecer programas de capacitações e de treinamentos para encaminhar o profissional, a fim

de que este agregue melhorias à instituição, podendo ser esta de caráter econômico ou multiplicador de conhecimento, procurando atender às necessidades do hospital. (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Os enfermeiros ingressantes nas unidades hospitalares são, em geral, submetidos a um programa de treinamento antes de assumirem suas funções. A duração, o conteúdo, os métodos adotados, a avaliação dos resultados, as estratégias para a integração do recém-admitido, suas experiências de trabalho e as relações com os profissionais do setor são aspectos fundamentais na elaboração e operacionalização dos programas de capacitação. (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

A capacitação ainda é a melhor maneira para aprimorar e qualificar as pessoas. É uma atividade que requer e exige alguns critérios para que se possam atingir os objetivos esperados, que nada mais são do que a melhoria da eficiência do colaborador, maior produtividade e, por fim, a otimização dos resultados. (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Capacitar visa a encaminhar o profissional a um processo de educação, reciclagem e mudança de comportamento. Por meio da capacitação profissional, o colaborador adquire melhores condições de ação, de conhecimento sobre o setor e, muitas vezes, torna-se preparado para capacitar outras pessoas. (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

A capacitação se apresenta como uma estratégia para o aperfeiçoamento profissional, visando à repercussão na qualidade do trabalho, propiciando também motivação entre o grupo de enfermeiros. (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Além disso, as capacitações são uma política institucional com o objetivo de uma busca constante pela Educação Permanente em Saúde, tendo em vista o trabalho em si. Ela oferece o espaço de reflexão crítica diante dos problemas e desafios, gerando a mudança, justamente por fazer com que os profissionais se sintam parte desta transformação.

### 3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A temática de Educação Permanente em Saúde (EPS) advém de uma política pública para formação de recursos humanos – trabalhadores da saúde, sendo este um processo para a aplicação de métodos próprios para assegurar a formação e o desenvolvimento. (BRASIL, 1990).



A EPS, como política na área da saúde, está inserida nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Lei Orgânica da Saúde - LOS Nº 8080/90, e indica que compete ao Sistema Único de Saúde a formação dos recursos humanos. (BRASIL, 1990).

A partir do ano de 2003, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a implementação da política de EPS de modo sistemático com a intenção de viabilizar um projeto de educação que contemplasse as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) num país que tem realidades tão diversas e extremas necessidades sociais. (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

A United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) vem trabalhando esse conceito há mais tempo e considera que o processo educativo seja dinâmico, contínuo e que, além de capacitação de pessoas, traga, também, avanços sociais. (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

A EPS articula a educação e o trabalho no SUS. Quando isso acontece, vários problemas surgem, e, a partir deles, pode-se iniciar a transformação das práticas do trabalho, sendo esse o principal objetivo dentro da EPS. (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

A identificação da EPS carrega a definição pedagógica para o processo educativo que insere o cotidiano do trabalho ou da formação na saúde, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades, possibilitando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. (CECCIM, 2005a).

A EPS, ao mesmo tempo em que disputa a atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais, da mesma forma a instituição e/ou o setor da saúde, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, envolvendo as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. (CECCIM, 2005b).

A escolha da EPS como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos colaboradores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores à mais vigorosa implementação do SUS. (CECCIM, 2005a).

O conhecimento e o aprendizado significativo acontecem no dia a dia das pessoas e geralmente isso é descoberto por meio de um simples diálogo. Este entendimento constitui a compreensão e a importância da EPS. (CECCIM, 2005a).

Na EPS as necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Educação permanente é apresentada, pelo Ministério da Saúde, como “estratégia de reestruturação dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo, de valores e conceitos dos profissionais”. (MOTTA et al, 2002, p. 605-606).

A lógica da EPS é descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar. Envolve mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas. Desse modo, a formação e a gestão do trabalho em saúde passam a ser consideradas questões técnico-políticas e não apenas técnicas, requerendo ações no âmbito da formação, na graduação, na pós-graduação, na organização do trabalho, na interação com as redes de gestão e de serviços e no controle social (MANCIA, CABRAL; KOERICH, 2004).

Na EPS, não adianta impor a sua ideia: para que o processo aconteça, a pessoa deve se sentir como ator do processo. É uma prática educativa que nasce no trabalho e busca a mudança da prática, como, por exemplo, reconhecer que a minha atitude implica na mudança de alguém. (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Analisar os problemas relacionados com a gestão de grandes organizações de saúde e encontrar as estratégias adequadas, resulta em um desafio especial. Estamos nos referindo ao Ministério da Saúde, instituições de segurança social ou outras entidades com uma infraestrutura adequada, uma rede de hospitais, centros de saúde, programas de saúde, etc. A gestão dessas grandes instituições, pela sua complexidade, pode enfrentar problemas especiais de educação permanente, incluindo: mudança ou profissionalização da estrutura de gestão, incorporação de um novo serviço, uma nova especialidade, ou uma nova profissão. (ROVERE, 1993.)

A Portaria nº 198/GM, em 13 de Fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de EPS como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, na consolidação da reforma sanitária brasileira, busca, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do

desenvolvimento de estratégias e processos, alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS. (BRASIL, 2004).

Considera-se que a EPS realiza a agregação entre aprendizado e reflexão crítica sobre o trabalho, traduzindo a resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva. (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde também identifica necessidades de formação e de desenvolvimento dos colaboradores de saúde, a fim de construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva. (BRASIL, 2004).

Com a ação efetiva na EPS, sendo esta apresentada por meio de capacitações, vislumbra-se a possibilidade da eficácia no processo dos conhecimentos introjetados e, com isso, a garantia da viabilidade dos cuidados em enfermagem, visando à segurança do paciente.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA**

Trata-se de um estudo de campo exploratório-descritivo com enfoque qualitativo. A pesquisa qualitativa baseia-se em investigações inseridas na realidade. Estes estudos são baseados nos referenciais oriundos das Ciências Sociais e permitem compreender o significado da ação humana. (GOLDIM, 2000).

A pesquisa qualitativa tenta compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que os vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos. (LEOPARDI, 2001).

Na pesquisa qualitativa, a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial. (MINAYO, 2010).

Pela sua importância, o estudo de campo tem que ser pensado a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais que envolvem questões conceituais, isto é, não se pode pensar um estudo de campo neutro. (MINAYO, 2010).

A forma de realizá-lo revela as preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam tanto os fatos a serem coletados como o modo de recolhê-los. Esse cuidado faz-nos lembrar mais uma vez que o campo social não é transparente e tanto o pesquisador como os atores, sujeitos-objeto da pesquisa interferem dinamicamente no conhecimento da realidade. (MINAYO, 2010).

### **4.2 CENÁRIO DO ESTUDO**

O Hospital Universitário (HU) está sob a administração do Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD) desde janeiro de 2011, por contrato com a Prefeitura Municipal de Canoas e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, com duração inicial de cinco anos.

Localizado no Campus da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), o HU tem aproximadamente 56.750 m<sup>2</sup> de área física, distribuída em 10 andares. Dos 480 leitos disponíveis de internação, 412 estão ativos.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação Adulto (UIA) do HU, na cidade de Canoas-RS, que foi criada e está em funcionamento desde junho de 2012.

Possui 52 leitos, distribuídos em 13 quartos, cada um com quatro leitos disponíveis, os quais são a retaguarda para acomodar os pacientes advindos da emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), que é um hospital de caráter público, localizado na cidade de Porto Alegre, e que sofre, constantemente, com a superlotação de sua emergência. Por isso, o HU efetuou um contrato com o HNSC e acordou este novo projeto, que aceita e recebe os pacientes, a fim de diminuir o fluxo dentro de uma emergência e também de proporcionar maior conforto e qualidade assistencial a seus pacientes.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo onze técnicos de enfermagem que atuam na unidade de internação adulto da instituição em estudo.

A escolha intencional indica que os participantes foram escolhidos a partir de um determinado grupo cujas ideias e opiniões são do interesse da pesquisa. (MINAYO, 2010).

##### 4.3.1 Critério de Inclusão

- Ser técnicos de enfermagem;
- atuar na unidade de internação de adulto no turno da manhã.

##### 4.3.2 Critério de Exclusão

- Técnicos de enfermagem que estavam de licença-saúde ou maternidade.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi usada a técnica do Grupo Focal (GF), na qual a discussão deve ser realizada em reuniões de grupo com um pequeno número de participantes, no mínimo seis e no máximo doze. Geralmente há a presença de um facilitador que intervém, objetivando focalizar e aprofundar a discussão. (MINAYO, 2010).

Essa estratégia de coleta de dados é geralmente usada para: focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas; complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções; além de desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares. (MINAYO, 2010).

O grupo focal consiste em uma técnica inegável de importância para se tratar das questões de saúde sob o ângulo social, porque se trata do estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população. (MINAYO, 2010).

Em um grupo focal, implica-se a capacidade do animador de não induzir consciente ou inconscientemente o grupo através de suas próprias relevâncias. (MINAYO, 2010). O animador introduz a discussão e a mantém acesa, sendo que não há respostas certas ou erradas; observa os participantes, encorajando a palavra de cada um; busca as “deixas” de continuidade da própria discussão e fala dos participantes; constrói relações com os informantes para aprofundar, individualmente, respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo pesquisador; observa as comunicações não verbais e o ritmo próprio dos participantes, dentro do tempo previsto para o debate. Geralmente o tempo de duração de uma reunião não deve ultrapassar 1h a 1h30min. (SCRIMSHAW, 1987).

A coleta de dados previu a realização de uma prática educativa onde foram desenvolvidos os conteúdos e temáticas aplicadas nos protocolos. A metodologia da prática educativa foi baseada nos conceitos da Educação Permanente em Saúde (EPS). Foram discutidas as questões referentes à segurança do paciente na realidade do HU, tendo os mesmos protocolos utilizados na realidade de um hospital privado.

O roteiro seguido é apresentado no Apêndice A. Na realização desta prática educativa, inicialmente, foram apresentados aos participantes os PACE. Logo após, estes protocolos foram divididos pelo grupo, a fim de que eles identificassem a importância daquele documento tanto para melhores práticas na assistência em enfermagem, bem como para a segurança do paciente.

Inicialmente foram onze técnicos, mas houve uma desistência, totalizando dez participantes que cumpriram todas as etapas previstas para a coleta de dados. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Esta coleta de dados fora previamente agendada e realizada pela autora da pesquisa nas dependências da instituição. As discussões foram gravadas em meio e posteriormente foi garantido aos participantes que o áudio será destruído logo após a transcrição que deverá permanecer sob guarda da pesquisadora por cinco anos após a publicação.

#### ETAPAS DA COLETA DE DADOS:

A coleta de dados deste estudo foi realizada em três etapas. As quais foram desenvolvidas em dois grupos focais.

O primeiro encontro do grupo focal teve a duração de uma hora e trinta minutos, contemplando as etapas I e II, as quais serão descritas a seguir:

Etapa I – foram lançadas “Ideias Disparadoras” (APÊNDICE C), referentes às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, com o objetivo de revelar como os técnicos de enfermagem respondem atualmente às Metas Internacionais de Segurança sem terem tido o conhecimento prévio dos protocolos. Sendo elas:

- 1- Identificar os pacientes corretamente;
- 2- Melhorar a efetividade da comunicação;
- 3- Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância;
- 4- Implantar procedimentos para cirurgia segura;
- 5- Reduzir infecções;
- 6- Reduzir danos recorrentes de quedas.

Assim, em seguida, foram lançadas as Perguntas Disparadoras (APÊNDICE C), que os fizeram refletir sobre cada Ideia Disparadora:

- 1- Como o fazem?
- 2- Como acontecem no contexto da Unidade de Internação?
- 3- Como se enxergam dentro desse contexto? Participam ou não?
- 4- Quais os facilitadores para sua prática?
- 5- Quais os obstáculos para sua prática?

Etapa II – Para a realização desta etapa, inicialmente, foram apresentados aos participantes os PACE. Logo, foi solicitado que formassem duplas para a discussão dos protocolos. Estes foram distribuídos aleatoriamente entre as duplas. O aspecto a ser discutido foi a importância dos mesmos tanto para qualidade assistencial, quanto para a segurança do paciente. Esse momento teve duração de vinte minutos.

Foram utilizados seis protocolos: identificação de pacientes; comunicação verbal; etiquetagem e armazenagem de medicamentos de alta vigilância; “checklist” da cirurgia segura, este excluído pelos participantes devido ao fato de a unidade de internação não receber pacientes cirúrgicos; higienização das mãos e prevenção e manejo de quedas.

Após isto, o debate foi aberto para o grande grupo. Cada dupla identificou o título de seu PACE, leu e orientou os colegas a seguirem as diretrizes institucionais dentro de cada protocolo específico.

A Etapa III ocorreu no segundo encontro do GF, dando continuidade à coleta de dados, com o conhecimento do teor dos protocolos utilizados no hospital, com duração de duas horas.

Etapa III – foram lançadas as mesmas Ideias Disparadoras e Perguntas Disparadoras que ocorreram na Etapa I, para rediscussão dos protocolos utilizados. Dessa forma, originou-se um material denominado “Checklist da Segurança do Paciente”, facilitando o uso dos protocolos no cotidiano de trabalho dos técnicos de enfermagem.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi realizada pela análise de temática orientada por Minayo (2001), contendo as seguintes etapas:

- a) Pré-análise: nesta fase, em geral, organiza-se o material a ser analisado. Neste momento, de acordo com os objetivos e questões de estudo, define-se, principalmente, unidade de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias. Para isso, faz-se necessária uma leitura do material no sentido de tomarmos contato com sua estrutura, ou



seja, nesse momento, será aplicado na prática, de forma que se operacionalize o sistema das ideias iniciais de maneira a conduzir um esquema preciso de desenvolvimento de pesquisa, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais;

- b) Análise ou exploração do material: é o momento de se aplicar o que foi definido na fase anterior. É uma fase longa onde pode haver a necessidade de leitura do mesmo material várias vezes; no trabalho, é o momento em que ocorre a operação de análise do texto sistematicamente, em função das categorias formadas anteriormente;
- c) Interpretação: nesta fase, deve-se tentar desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. Na pesquisa qualitativa, a busca deve se voltar para ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos analisados, ou seja, na prática, as categorias serão utilizadas como unidades de análise. Após isto, serão feitas as interpretações e inferências, sugerindo outras possibilidades teóricas.

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

A Resolução de número CNS 196/1996 regulamenta as Normas Éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, pretendendo assegurar os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade ao indivíduo e às comunidades, à medida que preconiza, entre outros preceitos, o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo. (BRASIL, 1996).

Os técnicos de enfermagem que participaram da pesquisa receberam informações sobre ela, bem como os objetivos do estudo. Foram informados, também, de que este instrumento será mantido pela pesquisadora em confidencialidade e anonimato e que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos.

Os sujeitos da pesquisa deram sua concordância em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em duas vias, uma permanecendo com eles e outra, com a autora do estudo.

Não existiram riscos ao participar da pesquisa e o benefício foi contribuir para pesquisas relacionadas ao tema da segurança do paciente em ambientes hospitalares.

A autorização para a coleta de dados desta pesquisa consta no Apêndice D.

O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), com parecer 304.375 (ANEXO A), e, posteriormente, ao Comitê de Ética do Hospital Mãe de Deus, com parecer 377.359 (ANEXO B).

## 6 RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os encontros do Grupo Focal foram dois. Ocorreram em um ambiente privado no HU, onde os participantes puderam sentir-se à vontade e seguros em fazer as discussões. O grupo foi disposto em formato de círculo, favorecendo a visualização de todos. Estavam presentes 10 técnicos de enfermagem, que compuseram o GF, a facilitadora e uma auxiliar que secretariou os fatos observados.

A realização do primeiro encontro (Etapas I e II) ocorreu dia 08 de novembro de 2013, no HU. A duração da prática educativa foi de 1h30min. Esse momento favoreceu também que os participantes pudessem compartilhar suas dificuldades, suas necessidades, seus anseios e suas realizações.

Foram entregues, a cada um dos participantes, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que uma permaneceu com eles. Também foram instruídos a respeito do modelo de aplicação da prática e a importância sobre o retorno para o segundo encontro. Os participantes autorizaram que seus depoimentos fizessem parte deste trabalho através do TCLE e também tiveram a garantia do anonimato, preservando a identidade de cada um.

Sobre os questionamentos apresentados pelos participantes, aquelas que tiveram maior destaque foram: infraestrutura pouco adequada para oferecer cuidados que propiciem segurança; dificuldades de relacionamento interpessoal e a falha na continuidade das rotinas de cuidado.

Logo após a Etapa I, iniciou-se a Etapa II, que prevê a apresentação dos PACE para o conhecimento dos participantes. Na sequência, ocorreu a discussão sobre cada protocolo específico.

A partir daí, foi desenvolvida uma prática educativa que seguiu a metodologia proposta pela Educação Permanente. Inicialmente foram apresentados para o grupo seis protocolos:

- a) Identificação de Pacientes;
- b) Comunicação Verbal;
- c) Etiquetagem e Armazenagem de Medicamentos de Alta Vigilância;
- d) Checklist da Cirurgia Segura, este excluído pela falta de pacientes com esse perfil;
- e) Higienização das Mãos;
- f) Prevenção e Manejo de Quedas.

Cada protocolo estabelece rotinas a serem seguidas com a finalidade de padronizar todos no hospital e atingir o objetivo que é garantir práticas seguras.

Nesta etapa, os 10 participantes foram divididos em cinco duplas, sendo que cada dupla recebeu um protocolo, de maneira aleatória. Foram concedidos 20 minutos para leitura e discussão.

Após, o debate foi aberto para o grande grupo. Cada dupla identificou o título de seu protocolo, leu e orientou os colegas a seguirem as diretrizes institucionais dentro de cada protocolo específico.

Muitos dos participantes não tinham conhecimento dos protocolos e nem haviam tido acesso aos mesmos, realizavam suas práticas com embasamentos próprios, ou aderiam à conduta do colega de trabalho.

Houve boa aceitação no Grupo Focal, porque, além da necessidade de manifestar o que sentem, foi observada, também, a vontade de serem ouvidos. Eles possuem a capacidade de identificar e saber as inconformidades que existem na unidade e esse é o motivo que os deixa incomodados. Eles trouxeram várias contribuições, mostraram-se muito interessados e engajados no processo que dispõe a Segurança do Paciente em voga, colocando-se sempre à disposição.

A utilização do GF, quando coincidente com a abertura do treinamento que se vai avaliar, cria um clima favorável para que os treinados se concentrem no tema e se expressem livremente sobre a temática. (OARES; REAL; BRITES, 2000).

Ao término do primeiro encontro do GF (Etapas I e II), foi marcada com os participantes nova data para realização do último encontro do GF. Partiu deles a sugestão de novas datas e a confirmação de presença foi imediata. A credibilidade da aplicação dos grupos focais depende fortemente da composição do interesse dos participantes. Pelo fato de o tema estar relacionado a situações que têm impacto sobre a saúde e às suas rotinas, isto tem significativa valia para os participantes do estudo, bem como para todos os colaboradores da área da saúde.

Os participantes solicitaram um período de tempo entre a realização de ambos os grupos, com a finalidade de verificar in loco as práticas, conforme o que preveem os protocolos durante as rotinas de trabalho.

A realização do segundo encontro (Etapa III) ocorreu dia 20 de novembro de 2013, no HU, para a realização do fechamento da prática educativa. Neste encontro do GF (Etapa III), foram lançadas as mesmas questões anteriores, porém, neste

momento, os participantes já possuíam o conhecimento do teor dos protocolos utilizados no hospital. Esta prática teve duração de 2h.

Os relatos demonstraram que, a partir de uma prática educativa, a percepção e o conhecimento sobre os protocolos que tratam da segurança do paciente foram ampliados; porém, existem ainda questões do processo de trabalho que impedem que a prática segura de cuidados seja efetiva.

Para que haja práticas de cuidado e que garantam a segurança do paciente, faz-se necessário investir em mudança de cultura de todos os envolvidos no trabalho e não apenas de uma pequena amostra de uma pesquisa. O processo de trabalho precisa ser permeável e as redes de cuidado precisam estar bem definidas com a finalidade de responsabilizar e inserir todos no contexto sobre segurança do paciente.

Participaram do grupo focal 10 técnicos de enfermagem: dois eram homens e oito eram mulheres. As idades variaram entre 19 e 40 anos. Alguns desses cursavam nível superior e outros tinham esse serviço como primeiro vínculo empregatício.

Durante o primeiro encontro do GF, foi observado que a unidade hospitalar em estudo não possui perfil para receber pacientes cirúrgicos, ou seja, o protocolo “Checklist da Cirurgia Segura”, que é bem específico para pacientes de Bloco Cirúrgico, não é aplicável dentro da realidade e da rotina da unidade dos participantes. Por consequência, o protocolo de Checklist da Cirurgia Segura não foi considerado no estudo.

Surgiram questionamentos referentes às rotinas de trabalho ao longo da realização do Grupo Focal e o quanto isso afeta a segurança do paciente. Os participantes relataram que os protocolos deveriam ser seguidos de maneira correta, pois facilitariam o trabalho de todos em suas tarefas.

Após a discussão do GF no segundo encontro, surgiu a necessidade, por parte dos técnicos de enfermagem, da criação de uma ferramenta que favorecesse a aplicação das Metas Internacionais de Segurança e alguns indicadores a mais no dia a dia, com o intuito de garantir a segurança e a qualidade na assistência. A ferramenta sugerida foi intitulada de “Checklist da Segurança do Paciente”, tendo sido consideradas as fragilidades sinalizadas nas rotinas do serviço, vislumbrando facilitar e melhorar as práticas de assistência. O Quadro 1 apresenta o Checklist.



### CHECK LIST DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Nome completo: \_\_\_\_\_  
 Atendimento: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

MANHÃ	TARDE	NOITE
Paciente está com a pulseira de identificação no MSD? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de NÃO, por quê? _____	Paciente está com a pulseira de identificação no MSD? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de NÃO, por quê? _____	Paciente está com a pulseira de identificação no MSD? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de NÃO, por quê? _____
Paciente está com a placa de identificação? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de NÃO, por quê? _____	Paciente está com a placa de identificação? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de NÃO, por quê? _____	Paciente está com a placa de identificação? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de NÃO, por quê? _____
Faz uso de medicação controlada/alta vigilância? SIM ( ) NÃO ( )	Faz uso de medicação controlada/alta vigilância? SIM ( ) NÃO ( )	Faz uso de medicação controlada/alta vigilância? SIM ( ) NÃO ( )
Fez ou fará algum procedimento cirúrgico nesta internação? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, em qual lado? DIREITO ( ) ESQUERDO ( ) NÃO SE APLICA ( )	Fez ou fará algum procedimento cirúrgico nesta internação? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, em qual lado? DIREITO ( ) ESQUERDO ( ) NÃO SE APLICA ( )	Fez ou fará algum procedimento cirúrgico nesta internação? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, em qual lado? DIREITO ( ) ESQUERDO ( ) NÃO SE APLICA ( )
Tem risco para Queda? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, por quê? _____	Tem risco para Queda? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, por quê? _____	Tem risco para Queda? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, por quê? _____
Tem risco para Úlcera de Pressão (UP)? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, por quê? _____	Tem risco para Úlcera de Pressão (UP)? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, por quê? _____	Tem risco para Úlcera de Pressão (UP)? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, por quê? _____
O paciente tem algum risco? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, qual?: ( ) Queda ( ) UP ( ) Alergia ( ) Psiquiátrico	O paciente tem algum risco? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, qual?: ( ) Queda ( ) UP ( ) Alergia ( ) Psiquiátrico	O paciente tem algum risco? SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de SIM, qual?: ( ) Queda ( ) UP ( ) Alergia ( ) Psiquiátrico
Quando o acesso venoso periférico foi instalado? _____	Quando o acesso venoso periférico foi instalado? _____	Quando o acesso venoso periférico foi instalado? _____
_____	_____	_____
Téc. de Enfermagem / Carimbo	Téc. de Enfermagem / Carimbo	Téc. de Enfermagem / Carimbo

Quadro 1 - Elaborado pela autora da pesquisa com base nas sugestões apresentadas pelo Grupo Focal.

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Com a criação e a aplicação desta ferramenta, foi realizado um projeto piloto com este Checklist na unidade de internação, com o envolvimento dos participantes da prática educativa, e, agora, os próprios técnicos de enfermagem são os multiplicadores deste novo conhecimento para os técnicos de outros setores, a fim de inserir todos no mesmo processo de trabalho, com a intenção de atingir todas as unidades do hospital.

## 6.1 CATEGORIAS TEMÁTICAS

Serão abordadas, a seguir, as categorias que surgiram, após análise das discussões sobre os PACE nos grupos focais.

Para a análise dos dados, todo o material coletado, e depois transcrito, foi organizado de maneira sistemática pela nomenclatura de cada protocolo assistencial. Dessa forma, a visualização e o acesso aos mesmos ficaram bastante facilitados. Após isto, os trechos principais, referentes às perguntas do Apêndice B, foram destacados e separados com a finalidade do levantamento de futuras categorias.

Durante a análise, foi necessário realizar, por diversas vezes, a leitura do conteúdo do trabalho, a fim de conseguir interpretar as informações de maneira clara e objetiva, além de verificar as características dos fenômenos analisados, de modo a compreender a importância do conteúdo que está sendo multiplicado.

Por meio dos dados coletados, transcritos, organizados e analisados, houve o surgimento de três categorias temáticas, que são:

- a) Interferência da infraestrutura do hospital na assistência de enfermagem;
- b) Interferência do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem na assistência ao paciente;
- c) Educação Permanente como transformadora do cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem.

### 6.1.1. Interferência da infraestrutura do hospital na assistência de enfermagem

Os Protocolos Assistenciais que existem na saúde e que são usados como ferramenta de trabalho para a aplicação de boas práticas têm embasamento teórico, porém, na prática, nem sempre são utilizados da maneira correta. (HEBLING, 2007).

Muitas são as interferências que contribuem para a sua não utilização, ou utilização inadequada. Uma delas diz respeito à infraestrutura das instituições.

É observado nos relatos a seguir, que a infraestrutura do hospital tem dificultado no cumprimento dos protocolos assistenciais. Por mais que os participantes identifiquem o risco e as possibilidades de melhorias, a instituição

ainda possui carências e necessidades, bem como falta de recursos de infraestrutura.

O mesmo se repete nas falas a seguir:

*“As placas de identificação que ficam na parede ajudam, mas, quando começaram a pintar as paredes dos quartos, aquilo se perdeu e o paciente que já não tinha pulseira, fica sem identificação alguma. Às vezes, a gente tem que perguntar pro próprio paciente o nome dele, isso quando o nome não está escrito de forma errada”. P2*

*“As cadeiras de banho, que deveriam servir de ajuda para os pacientes com risco de queda, são de péssima qualidade, vários pacientes meus já quebraram a cadeira, fora um último que, além de quebrar, acabou caindo através do orifício da mesma”. P5*

*“Lavar as mãos eu até lavo, pelo menos tento, porque nunca tem papel para secar as mãos no posto de enfermagem, tenho que sair com as mãos pingando procurando algum papel na unidade”. P3*

Existe um fator preocupante no que diz respeito à limitação de recursos materiais, refletida em pressupostos ajustes econômicos. É difícil implantar segurança com recursos materiais inadequados ou escassos (falta de grades, quartos de banho etc.), ou suporte tecnológico deficiente ou inadequado, para que se possa atender à patologia que os pacientes apresentam, acrescida de uma política economicista que oculta os erros e a dispersão de recursos e competências entre os organismos privados e estatais. (QUES; MONTORO; GONZALEZ, 2010).

De acordo com Ques, Montoro e Gonzalez (2010), a organização e infraestrutura da assistência atuam como obstáculos para a segurança, devido à existência de grande variabilidade clínica, escassa protocolização e ausência de liderança clara em segurança, manifestadas por insuficiente difusão dos planos de qualidade, protocolos etc., acrescida por limitada participação dos profissionais na elaboração dos mesmos, o que justamente configura o quadro da situação em pauta.

O fato se deve a vários motivos, sendo que o principal, foi a dificuldade de infraestrutura encontrada para aplicação das boas práticas, consideradas aquelas em protocolos.

As ações e falhas das pessoas têm individualmente um papel central, mas seus pensamentos e comportamentos são influenciados e restringidos pelo



ambiente de trabalho que os cerca e pelas rotinas organizacionais, normalmente estabelecidas por protocolos. (VINCENT, 2010, p. 137).

Isso se torna claro em alguns comentários subsequentes:

*“Um grande problema também é que nós não temos um número suficiente de computadores no posto; em um computador, fica um médico; no outro, cheio de doutorandos em volta; e a enfermeira não pede licença para os médicos para solicitar as medicações, então acaba atrasando todos os dias. Nós não temos instrumentos suficientes que nos facilitem promover cuidados de qualidade”. P2*

*“Tu vai dar uma qualidade boa quando tu não tem sobrecarga, quando tu tem um computador disponível, quando tu tem material pra trabalhar, roupa para trocar, quando tu tem um respaldo, quando tu não tem empecilho, agora, quando tu não tem tudo isso, que tu não tem roupa de cama e tem que explicar para o paciente e familiar que existe um setor que entrega as roupas chamado lavanderia, e que não é por falta de interesse da enfermagem trocar a roupa de cama, fica realmente complicado passar confiança ao paciente e oferecer os cuidados de uma forma segura”. P3*

*“O piso dos banheiros não ajuda, tem caimento inverso e alaga o quarto inteiro, e, para piorar, tem um filete que serviria de impedimento para a água não avançar para o quarto, o que não acontece, e isso sim favorece a queda”. P7*

Percebe-se, então, a necessidade premente de investimento nos aparelhos e instrumentos de trabalho. Nem sempre os protocolos assistenciais podem ser seguidos, em virtude da falta de insumos diários, que são de extrema importância para aplicação de cuidados seguros.

As rotinas, a carência de protocolos interprofissionais, a falta de apoio das gerências para implementar e desenvolver intervenções seguras, a descontinuidade de cuidados ou a inexistência do catálogo de riscos pelo processo são outros fatores limitadores. É necessário que a cultura de segurança do paciente chegue a todos os estabelecimentos da organização de forma efetiva, mesmo requerendo grande esforço por parte da administração. (QUES; MONTORO; GONZALEZ, 2010).

Desta forma, as dificuldades decorrentes da infraestrutura do hospital podem tornar-se rotineiras, o que desmotivará os colaboradores da equipe, afetando a qualidade assistencial.

Neste estudo, a interferência da infraestrutura prejudica especialmente os protocolos de Higienização das Mãos e Prevenção e Manejo de Quedas, por serem

aqueles que necessitam de recursos para sua efetividade. Os investimentos, neste caso, são imprescindíveis.

#### 6.1.2 Interferência do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem na assistência ao paciente

O trabalho em equipe é necessário especialmente para as equipes de frente, ou seja, grupos de colaboradores de nível operacional que se reúnem regularmente, discutem problemas, propõem soluções e se responsabilizam pela implantação das soluções. (TAUBLIB, 1998).

No HU, a equipe de frente pode ser identificada como os técnicos de enfermagem. Para que a assistência de enfermagem seja eficiente e contínua, é necessário bom relacionamento entre as equipes de todos os turnos e com suas chefias diretas. As reclamações das equipes entre turnos fica evidente na seguinte fala:

*“A enfermagem, no papel, é muito bonita, se feita com calma e tranquilidade. Agora tu chega no plantão, pega onze pacientes, tem que resolver as pendências do turno anterior, ou seja, fazer o serviço dos outros antes, para poder fazer o teu, a cabeça fica cheia de coisa, tu não consegue oferecer aquilo que a enfermagem é em si”. P3*

A parceria entre os integrantes da equipe de enfermagem envolve tanto técnicos como o enfermeiro. Este, como chefia imediata, devendo ser o líder da equipe.

A liderança exercida pelo enfermeiro é fundamentada no conhecimento das necessidades dos pacientes, no conhecimento das habilidades, nas características individuais, das necessidades dos membros da equipe e nos objetivos traçados pelo grupo. Uma característica importante é o estímulo para que cada membro desenvolva o seu potencial. (TREVIZAN et al, 1998).

O líder não é simplesmente aquele que tem o poder de impor suas vontades aos seus subordinados. A liderança é resultado da habilidade que o indivíduo teve de conseguir guiar as pessoas pela busca da excelência pessoal e coletiva. (HUNTER, 2004).

Os técnicos de enfermagem esperam que o enfermeiro seja competente para coordenar a equipe, seja um líder, não apenas chefe, e posicione-se em todas as

ocasiões. O fato de terem expectativas tão abrangentes pode obstaculizar as ações rotineiras do serviço e ainda gerar frustração, levando a dificuldades de relacionamento interpessoal. (SOARES; BIAGOLINI; BERTTOLOZZI, 2013).

A dificuldade de relacionamento dos técnicos para com sua chefia imediata foi apontada no GF.

*“O nosso maior problema nesse momento é com a nossa chefia: por mais que a gente avise, sinalize que os pacientes estão sem identificação, ela fica incomodada com isso, porque acha que nós estamos passando por cima dela, ela não gosta que a iniciativa parta da nossa parte, sabe?”. P2*

*“Nós temos um instrumento que deveria nos ajudar, que é a folha da passagem de plantão. Só que só a gente preenche aquilo; quando recebemos do turno da noite, aquela folha vem em branco. Além disso, o turno da noite não evolui, então é normal que aconteça de eu pegar um prontuário e não saber como o meu paciente passou durante as 12 horas da noite, sempre escrevem “sem alterações”, isso dentro de 12 horas! E tu sabe o que a nossa enfermeira faz sobre isso? Nada! Ela ignora e nem tenta conversar com as enfermeiras dos outros turnos. E sabe o que a enfermeira do turno da noite disse pra mim: “Se o paciente não teve alteração, tu não precisa evoluir nada!” Isso é um risco para o paciente”. P5*

*“E sobre as medicações controladas e alta vigilância, quem continua pegando as medicações somos nós, porque nós recebemos em uma folha de rascunho uma autorização, e a farmácia libera essas medicações para nós, até escala para isso a enfermeira fez! E pelo protocolo que a gente conversou na outra vez, isso não pode, é responsabilidade da enfermeira, e, quando a gente questiona isso, ela diz que tem autonomia para tal, que quem manda ali é ela, ela nos cobra de uma coisa que é da responsabilidade dela”. P2*

Em relação à dificuldade de relacionamento, pode ser melhorada quando o enfermeiro motiva o grupo para a construção de uma equipe unida, harmoniosa e comprometida com a assistência de qualidade, possibilitando, assim, a melhoria da qualidade de vida do paciente, da família e da própria equipe. (MEZOMO, 1995).

Para o seguimento dos PACE de maneira qualificada, é necessário que toda a equipe de enfermagem tenha um bom relacionamento, a fim de facilitar e contribuir para as ações do cotidiano de trabalho, que interferem diretamente na segurança dos pacientes.

Conforme Hebling et al (2007), os protocolos existem para garantir a segurança do paciente, com a finalidade que os processos de trabalho sejam

seguidos de modo criterioso, onde os procedimentos passam a ter uma rotina padronizada. Os participantes do GF relataram que nem sempre acontece dessa forma. Relataram que a posição hierárquica interfere na aplicabilidade dos protocolos.

*“Desde que mudou, desde que a enfermeira faz o pedido das medicações de alta vigilância, nenhuma medicação desse tipo tem sido administrada no horário, porque, além de ela não buscar, ela não prioriza isso, piorou bastante”. P1*

Qualquer mudança gera desconforto, e isso não é diferente no HU, cujo momento é de transformação, pois recentemente iniciou-se priorizar ações de segurança. Os enfermeiros também estão passando por remodelações nas suas atribuições. Todos os colaboradores estão em processo de adequação às suas rotinas, embasados nos protocolos assistenciais. Alguns destes já conseguem introjetar o conceito de segurança, considerando-o extremamente importante nas ações do dia a dia.

Alcançar a mudança de cultura é um desafio da liderança que está entrelaçado com muitos dos outros elementos de um programa efetivo de segurança do paciente. Obviamente, uma unidade com uma liderança forte e colaborativa, um sistema que facilite a notificação sem culpa e uma tradição de tomar atitudes a partir dos relatos dos eventos adversos, provavelmente, terá uma cultura de segurança positiva. (VINCENT, 2010, p.190).

O envolvimento multiprofissional também foi citado como uma fragilidade dentro do hospital. O problema afeta a equipe da seguinte forma:

*“A gente tenta confirmar a informação, mas é que, às vezes, a pessoa do outro lado da linha passa o nome do paciente trocado”. P3*

*“A gente notificou, foi uma queda que aconteceu em um fim de semana, o piso ficou alagado por conta de uma chuva forte, a água vinha da janela, que não estava vedada como deveria. Mas ninguém foi lá ver, nem higienização para secar, nem manutenção para arrumar, e a enfermeira não nos ajudou.” P1*

Conforme Walshe e Boaden (2006), o trabalho em equipe resulta em maior produtividade, favorecendo a autoestima, bem-estar psicológico e apoio social entre os seus componentes.

Assim, o trabalho em equipe traduz melhorias na assistência de enfermagem, evidenciando a sua qualidade e, por consequência, minimizando a possibilidade que os pacientes têm de ocorrerem riscos.

### 6.1.3 Educação Permanente em Saúde como transformadora do cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem

A realização do GF permitiu aos participantes refletirem sobre o seu comprometimento profissional frente à aplicabilidade dos protocolos. Fez com que pudessem relacionar a teoria com a prática e vice-versa. Assim, a EPS propicia a interação da teoria e da prática no cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem. Pequenas ações geram transformações grandiosas e nos possibilitam a oportunidade de mudanças saudáveis para a instituição.

A EPS surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Atualmente, não basta 'saber' ou 'fazer', é preciso 'saber fazer', interagindo e intervindo. Essa formação deve ter como características a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa. Isto se refere à inseparabilidade do conhecimento e da ação (MORIN, 1990).

A proposta da EPS não se limita à realização de um procedimento técnico. O mais importante é o significado do conteúdo da experiência vivida para que aqueles que têm a informação não sejam reduzidos a meros receptores de informações. Eles atuam como membros ativos pertencentes a coletividades, a instituições ou a comunidades rurais ou urbanas, implicados em práticas sociais relacionadas com associações, cooperativas, sindicatos, grupos políticos ou de expressão cultural, dentre outros. (THIOLLENT, 2012).

A educação é um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade. Portanto, esta precisa cuidar da formação de seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais e prepará-los para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social. (MORIN, 2002).

Algumas falas abaixo nos revelam isso:

*“Aqui no nosso setor até que funciona bem, quando nós recebemos a informação, a gente escreve e deixa para os outros colegas verem, e, a toda hora, estamos lembrando os colegas “não esquece de descer a*

*Maria Silva do leito 8122B para o raio X” e dessa forma a gente repassa a informação”. P3*

*“Esses dias, quando eu recebi um paciente e fui vê-lo, vi que ele estava sem as grades levantadas no leito, imediatamente eu fui levantar, porque, pelo certo, as grades devem estar sempre erguidas para evitar a queda”. P6*

*“Apesar de ainda não ter pulseira de risco, os pacientes que são confusos e agitados, nós estamos contendo para evitar as quedas, as grades da cama também, agora a gente passa de quarto e quarto para verificar se elas estão levantadas”. P1*

*“Eu entendi o protocolo, sempre que eu recebo uma informação pelo telefone, eu anoto, leio de volta para a pessoa, ela me confirma a informação, e eu, mais uma vez, leio a informação, pra ter certeza mesmo”. P3*

As ações, para serem desenvolvidas, independentemente da sua complexidade, envolvem o comprometimento profissional de cada colaborador. Observamos, pelas falas citadas, que, quando tiveram possibilidade de discutir os PACE que lhes eram apresentados e cobrada a sua execução, perceberam que o seu cumprimento não era tão difícil de ser realizado.

Existe a necessidade de se desenvolver ações educativas para favorecer uma mudança de cultura que garanta a segurança do paciente nas instituições hospitalares. Assim, entende-se que a implantação de estratégias para a segurança do paciente é um trabalho amplo, que deve envolver todos os atores que participam da assistência, instituindo-se então, uma cultura de segurança do paciente nas Instituições hospitalares. (CORBELLINI, 2011).

Por isso, ao relacionar a concepção de educação com a profissão de enfermagem, considerada também como prática social, compreende-se que, em todas as ações de enfermagem, estão inseridas ações educativas. Assim sendo, há necessidade de promover efetivas oportunidades de ensino, fundamentadas na conscientização do valor da educação como meio de crescimento dos profissionais da enfermagem, bem como o reconhecimento deles pela função educativa no desenvolvimento do processo de trabalho, pois, para estes, o conhecimento é um valor necessário do agir cotidiano e este embasa as suas ações. (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

*“Tem setores, por exemplo, a imagem, que só aceita paciente se ele estiver com pulseira, então existem setores que estão cobrando isso, nós andamos com as pulseiras de identificação nos bolsos para colocar caso o paciente esteja sem.” P1*

*“No Centro de Diagnóstico por Imagem, nós todos estamos sendo cobrados. Se algum paciente desce sem pulseira de identificação, nós devemos colocar, porque eles não aceitam mais. Isso vai forçar a todos, não só aqui, mas a todos para colocarem a pulseira de identificação”. P7*

O conceito de segurança do paciente é muito recente hospital em estudo. As pessoas estão absorvendo essa nova cultura muito lentamente. Com a ideia do grupo focal, os participantes se sentiram muito à vontade para descrever o cenário no qual trabalham, principalmente depois da discussão dos protocolos assistenciais.

Neste sentido, entende-se que a educação origina-se em todas as experiências vivenciadas pelo sujeito nas diversas situações que se apresentam. Portanto, a educação implica na busca constante do homem pela construção do seu conhecimento, procurando meios que o levem ao crescimento e aperfeiçoamento de seu saber. (PASCOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

Apesar disso, a educação não é apenas uma exigência da vida em sociedade, mas também é o processo para prover os sujeitos do conhecimento e das experiências culturais, científicas, morais e adaptativas que os tornam aptos a atuar no meio social, mundial e planetário, ou seja, ela depende da união dos saberes. (PASCOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

A EPS nos mostra a amplitude que suas ações podem tomar, quando vindas da base operacional, de modo horizontal. Fica evidenciado na fala a seguir:

*“Esses dias, a enfermeira falou pra mim: “Leva o paciente X lá para baixo”, e eu: “Mas quem e para onde?” Ela seguiu falando a mesma coisa, eu peguei o telefone, liguei para a Imagem e fui confirmar a informação”. P1*

Desse modo, percebe-se a educação como um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, por intermédio do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade. (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

A EPS consegue atingir a população desejada. Os técnicos de enfermagem que participaram do GF já estão sendo multiplicadores do conhecimento que se aprimorou. Tornaram-se exemplos para as outras unidades do hospital, como podemos observar na fala:

*“Acredita que o nosso próprio colega fica nos cobrando? Risos...Ele diz, por exemplo, Leito X e fica esperando a nossa resposta para dar o nome por completo do paciente, pega prontuário por prontuário e fica fazendo esse exercício com a gente, é bem divertido”. P2*

Segundo Paese e Sasso (2013), frente a este cenário, justifica-se mais uma vez a necessidade do trabalho em equipe com uma adequada comunicação entre os profissionais e desses com os pacientes, incentivados pela educação permanente e, principalmente, pela discussão do erro com o intuito de aprender com a situação e não de punir quem errou.

A aceitação dos PACE proporcionou ensinamentos, crescimento profissional e pessoal. Muitos se mostraram motivados para participarem de novos cursos, com o intuito de oferecer o melhor aos pacientes.

A aplicação da metodologia da EPS desenvolvida no GF mobilizou e já trouxe mudanças no cotidiano de trabalho de um grupo de colaboradores. A sua implantação nas demais unidades do hospital geraria certamente, uma transformação importante junto aos colaboradores e, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada.



## 7 PROPOSTA DA APLICABILIDADE DOS PACE UTILIZANDO-SE A METODOLOGIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Para que pudéssemos dar continuidade ao processo de aplicabilidade dos PACE na realidade do HU, optou-se pela metodologia da EPS. Assim, este estudo também apresenta como produto um plano de EPS para a aplicabilidade dos PACE.

O Quadro 2 apresenta o plano da EPS como sugestão para ser implantado em todas as unidades do hospital.

Quadro 02 – Plano de Educação Permanente em Saúde

PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE				
Aplicabilidade dos PACE				
O quê	Como	Quem	Quando	Onde
1. Identificação do Paciente	Roda de Conversa com os temas sobre a: - identificação completa do paciente, por escrito e ao chamado; - verificação de pulseira de identificação em MSD.	Gestora de Enfermagem das Unidades de Internação	2º semestre de 2014	HU
2. Comunicação Verbal	Aula expositiva dialogada abordando as formas da: - confirmação da informação sempre que recebida; - importância da comunicação na saúde; - como realizar o readback.	Gestora de Enfermagem do setor de Imagem e Laboratório para aviso de resultados críticos	2º semestre de 2014	HU
3. Etiquetagem e Armazenagem de Medicamentos de Alta Vigilância	Capacitação in loco nas unidades com debate sobre a prática de como: - manter a gaveta de medicações sempre chaveada, com a chave sob a posse do enfermeiro; - desenvolver o hábito de sempre confirmar a identificação da medicação para cada paciente.	Farmácia e Grupo de Medicamentos do hospital	2º semestre de 2014	HU
4. Checklist da Cirurgia Segura	Capacitação in loco nas unidades com debate sobre a prática de como: - orientar o preenchimento do Checklist para a equipe; - desenvolver o hábito de sempre realizar o timeout.	Gestora de Enfermagem do Bloco Cirúrgico	2º semestre de 2014	HU
5. Higienização	Brainstorm:	Serviço de	2º	HU

das Mãos	- como motivar a equipe a realizar os cinco momentos da higienização das mãos; - como incentivar o uso de álcool gel.	Controle de Infecção Hospitalar	semestre de 2014	
6. Prevenção e Manejo de Quedas	Roda de Conversa com os temas sobre: - os fatores contribuintes para a queda; - como estimular a notificação de toda queda ocorrida no hospital.	Grupo de Quedas do Hospital	2º semestre de 2014	HU

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PRODUTO FINAL

Atuando como enfermeira na unidade, observei que os PACE não eram seguidos pelos técnicos de enfermagem. Surgiu, então, a possibilidade de ouvi-los sobre o que tinham a dizer a respeito do uso dos protocolos nas suas rotinas de trabalho.

Com a utilização da proposta metodológica da EPS, concretizada com o GF, pôde-se identificar e aplicar questões relativas ao uso dos PACE na unidade de internação. As manifestações que surgiram ao longo dos encontros trouxeram o cotidiano vivenciado pelos componentes do grupo. Estas foram analisadas pela análise de conteúdo orientada por Minayo (2001). Assim, emergiram três categorias.

A primeira foi “Interferência da infraestrutura do hospital na assistência de enfermagem”. Verificou-se que a infraestrutura do hospital interfere na aplicabilidade do PACE, comprometendo assim a qualidade e a segurança dos pacientes.

A segunda categoria foi “Interferência do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem na assistência ao paciente”. O grupo enfatizou a importância de haver um trabalho em equipe, tendo na sua organização um líder. Este, na sua denominação, é o enfermeiro, sendo-lhe atribuído o papel de motivador, para que cada membro da sua equipe busque a excelência pessoal e coletiva.

A terceira categoria foi “Educação Permanente em Saúde como transformadora do cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem”. Demonstrou-se que, com a metodologia da EPS, é possível realizar a busca da melhoria da qualidade assistencial na enfermagem, tendo esta como ferramenta educativa. Esta ferramenta proporciona aos colaboradores da instituição a oportunidade de qualificar seu conhecimento, discutindo e buscando soluções viáveis no atendimento aos pacientes. Possibilitou, também, o diálogo sobre o cotidiano de trabalho, suas dificuldades e suas realizações. Também houve a aproximação dos profissionais como colegas de trabalho, oportunizando a manifestação dos sentimentos e experiências pelas quais estavam passando no mesmo ambiente de trabalho.

Assim, os colaboradores tiveram oportunidade de voz e vez para expressar suas vivências, elaborando-se um “Checklist da Segurança do Paciente” já mencionado anteriormente. Esse Checklist foi implantado e está sendo utilizado pelos colaboradores de todos os turnos da unidade de internação. Este envolveu itens constantes dos PACE.

Este Checklist poderá servir de guia para os gestores de enfermagem do hospital, a fim de que possam implementar as melhorias necessárias e identificar futuras possibilidades que contribuam para as práticas na assistência.

A proposta do Checklist já demonstra como a EPS pode ser transformadora e a criação deste instrumento durante a pesquisa também é apresentada como um *produto* resultante do estudo.

Durante este estudo, também se observaram algumas limitações que são significativas quando pensamos a segurança do paciente e a implementação de protocolos, como, por exemplo, a não participação dos enfermeiros no GF e a não aplicação dos GF em turnos alternados de trabalho.

O tema da segurança do paciente é ainda recente no hospital, e a atividade de EPS, desenvolvida junto aos colaboradores da unidade de internação, já mudou algumas rotinas de serviço, trazendo benefícios mútuos, para eles e para os pacientes.

Para o investimento em Certificação, será necessário desenvolver práticas educativas no HU que abordem e aprofundem os Protocolos Assistenciais a fim de que todos participem deste processo e se envolvam nele para melhorias nas rotinas de trabalho.

Neste estudo, observamos que, durante a aplicação do método no desenvolvimento do GF, já tivemos um determinado produto, nominado Checklist da Segurança do Paciente e relatado anteriormente. Entretanto, o produto final de pesquisa foi o Plano de EPS para a aplicabilidade dos PACE. O plano prevê sugestão de metodologias educativas tendo como referência a EPS para cada um dos PACE.

Existem, ainda, muitas questões que não dependem da mudança de cultura das pessoas, como infraestrutura, compra de materiais, aparelhos, tecnologia, entre outros. Porém, os processos de trabalho que dependem dos colaboradores já estão ocorrendo.

Deste modo, este estudo demonstra que, para desenvolver de modo adequado a implementação dos PACE, será preciso investir em práticas educativas que de fato afetem cada colaborador.

## REFERÊNCIAS

BASCH, C.E. Focus group interview: an underutilized research technique for improving theory and practice in health education. **Health Educ. Q.** v.14, n.4, p.411-8,1987.

BITTAR, O.J.N.V. Gestão de Processos e certificação para a qualidade. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP. **Rev. Ass. Méd. Bras.** v.46, n.1, p. 70-6, 2000.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Rev. bras. enferm.** v.60, n.1, p. 32-36, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. 2010. RDC 7. NR 4. Endereço <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em 5 de Julho de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Lei 8080. 1990. Endereço <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em 13 de Maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 198. Educação Permanente em Saúde. 2004. Endereço <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em 24 de Maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução 196. 1996. Endereço <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm)>. Acesso em 13 de Maio de 2013.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Públ.** v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

CECCIM, R.; B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.4, p. 975-986, 2005a.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2005b.

CORBELLINI, V. L. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** v. 64, n.2, p. 241-247, 2011.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação.** v.1, n.2, p. 3-15, 2001.

\_\_\_\_\_. **Formação do trabalhador:** produtividade e cidadania. Rio de Janeiro: Shape; 1995.

DESILETS, L.D. Accreditation of Continuing Education: the critical elements. **J Contin. Educ. Nurs.** v.29, n.5, p. 204-238, 1998.

DOMINGUES, T.A.M., CHAVES E.C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP.** v. 39, n. esp, p.580-588, 2005.

FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea (RAC).** Edição Especial, p. 183-196, 2001.

FOLCH-LION, E.; TROST, J.F. Conducting focus group sessions, **Stud. Fam. Plan.**, v.12, n.12, p.443-9, 1981.

GENTIL, R.C; SANNA,C. Processos de acreditação para o enfermeiro: um recorte histórico. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.62, n.1, p.125-131, jan./fev. 2009.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** 2. ed.Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOUVEA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública.** v. 26, n.6, p. 1061-1078, 2010.

HEBLING, S. R. F. et al. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva.** v.12, n.4, p. 1067-1078, 2007.

HOLLERAN, R.S. **Air & Surface patient transport-** Principles & Pratica. Saint Louis: Mosby; 2003.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. **Metas Internacionais de Segurança do Paciente.** 2010.

HUNTER, J.C. **Como se tornar um líder servidor.** Rio de Janeiro – RJ. Editora Sextante/Gmt. 2004.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS.(JCAHO). **Temas e estratégias para liderança em enfermagem:** enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008.

KRUEGER, R. A . Focus group: a practical guide for applied research. **Newbury Park, Sage,** 1988.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências para ação educativa da enfermeira. **Rev. Latino-am. Enfermagem.** v.16, n.2, p. 177-183, 2008.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Palloti, 2001.

MANCIA, J.R; CABRAL, L.C.; KOERICH, M.S. Educação Permanente no Contexto da Enfermagem na Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v.57, n.5, p.605-610, set./out., 2004.

MANTON, A. Reneeal of certification by examination- why? **J. Emerg. Nurs.**, v.10 n.3, p. 30-31, 1984.

MERHY, E.E et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec; 2004.

MESTRINER, J.W et al. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde [tese].** Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.** São Paulo: Universidade de Guarulhos; 1995.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. **O desafio do Conhecimento – Pesquisa qualitativa em Saúde.** Hucitec-Abrasco. 5. ed. São Paulo/Rio de Janeiro, Ed. HUCITEC-ABRASCO, 2010.

MORGAN, D.L. **Focus groups as qualitative research.** Newbury Park, Sage, 1988.

\_\_\_\_\_. (ed.) **Successful focus group: advancing the state of the art,** Newbury Park, Sage, 1993.

MORIN, E. **La méthode 3: la connaissance de la connaissance.** Paris: Seuil; 1990.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo: Cortez/UNESCO; 2002.

MOTTA, J.I.J. et al. Educação Permanente em Saúde. **Rede Unida.** Olho Mágico: Londrina (PR), v.9, n.1, p.67-78, abr/jun, 2002.

OARES, C. B.; REALE, D.; BRITES, C. M. Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de programa educacional em saúde. **Rev. esc. enferm. USP.**, v.34, n.3, p. 317-322, 2000.

O'NEALE, M; KURTZ S. Certification: perspectives on competency assurance. **Semin. Perioper. Nurs.** v.10, n.2, p. 88-92, 2001.

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

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F., MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm., USP**, v.41, n.3, p. 478-484, 2007.

QUES, Á. A. M.; MONTORO, C. H.; GONZALEZ, M. G. Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.18, n.3, p. 339-345, 2010.

RAMIREZ, A. G.; SHEPPERD, J. The use of focus group in health research, **Scand. J. Prim. Health Care**, p.81-90, n. 1, p. 81-90, 1988.

ROBAZZI, M.L.C.C; MARZIALE, M.H.P. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.12, n.5, p. 834-836, 2004.

ROVERE, M.R. Gestion de La Educacion Permanente: uma relectura desde uma perspectiva estratégica. **Educ. Med. Salud.**, v.27, p.489-515, 1993.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int. J. Qual. Health Care.**, v.21, p.18-26, 2009.

RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Rev. Bras. Enfer.**, v. 61, n.1, p. 109-112, 2007.

SCRIMSHAW, S. **Anthropological Approaches for Programme improvement.** Los Angeles. University of California. 1987.

SIQUEIRA, I.L.C.P.; KURCGANT, P.. Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.39, n.3, p. 251-257, 2005.

SOARES, C. E. S.; BIAGOLINI, R. E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP.**, v.47, n.4, p. 915-921, 2013.

SORDI, M.R.L.D.S. Certificação da qualificação do profissional em enfermagem e a avaliação da qualidade da formação: aproximações necessárias. VI **Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal.** Teresina (PI), 24-26 jun, 2009.

TAUBLIB, D. **Controle de Qualidade Total.** Da teoria à prática em um grande hospital. Rio de Janeiro. Editora Qualitymark.1998.

THIOLLENT, M. A educação permanente segundo Henri Desroche. **Pro-Posições.**, v.23, n.3, p. 239-243, 2012.

TREVIZAN, M. A. et al. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.6, n.5, p. 77-82, 1998.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente:** orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul. Editoria Yendis. 2010.

WALSHE K., BOADEN R. **Patient Safety research into practice.** New York: Open University Press. 2006.



WASHINGTON, D.C. Manual de acreditação de hospitais para América Latina e Caribe. **Organização Pan-americana de Saúde**, 1998.

## **APÊNDICE A - ROTEIRO DA PRÁTICA EDUCATIVA PARA ETAPA II**

Etapa 1: Apresentação dos protocolos assistenciais por parte do facilitador;

Etapa 2: Dividir os protocolos entre os 10 participantes;

Etapa 3: Pedir para cada dupla ler o protocolo pelo qual ficou responsável e identificar a importância deste para a qualidade na assistência na enfermagem;

Etapa 4: Identificar a importância do protocolo também para a segurança do paciente.

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Monique Junges Dal Pozzo (51 91348663), aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da UNISINOS, sob a orientação da professora Simone Edi Chaves (51 81777704), convido você a participar da pesquisa previamente agendada sobre Educação Permanente em Saúde: estratégia para implantar protocolos de segurança do paciente em um hospital público. A pesquisa tem por objetivos: implantar no Hospital Universitário de Canoas - RS (HU), os PACE de um adotados na rede Mãe de Deus, com vistas ao processo de certificação; identificar as contribuições que os PACE podem trazer para o HU; descrever a aceitação dos técnicos de enfermagem, em relação aos PACE e propor um plano de EPS com vistas à aplicabilidade dos PACE.

A metodologia para coleta de dados será de duas conversas em grupo, chamado de grupo focal, uma antes da prática educativa, e outra, após, que terão o tempo de duração mínimo de 60 minutos e máximo de 120 minutos. Os participantes do grupo serão técnicos de enfermagem (10) do HU, sendo que não haverá prejuízo algum aos participantes do estudo. Não haverá custo, ocorrerá fora do horário de trabalho, de forma livre e espontânea. O grupo será coordenado pela pesquisadora Monique Junges Dal Pozzo e ocorrerá na sala de aula nº 2045 do 2º andar, área de ensino do HU, local protegido de som e reservado. Está assegurado aos participantes, por meio deste termo, que será preservado o sigilo das falas e contribuições que vierem durante o trabalho com o grupo.

Você está sendo informado:

- Sobre a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa e consiste na participação do sujeito na pesquisa;
- Sobre a liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem que isto lhe traga prejuízos;
- Sobre a garantia de que você não será identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- De que este estudo está em conformidade com a Resolução 196/96 acerca dos procedimentos Éticos para a pesquisa com seres humanos e que foi submetido

ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e ao Comitê de Ética do Hospital Mãe de Deus;

- Não existem riscos em participar da pesquisa; e o benefício está em contribuir para pesquisas relacionadas ao tema da segurança em ambientes hospitalares.
- O registro será todo gravado através de um gravador digital, os dados serão transcritos posteriormente em sua íntegra, garantindo aos sujeitos da pesquisa que este material será apagado logo após a realização do estudo.

Este projeto foi aprovado pelo CEP da Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS em: 14/06/2013 e pelo do CEP do Sistema de Saúde Mãe de Deus em 29/08/2013.

Declaro que concordo em participar do estudo e que recebi uma via do presente Termo do Consentimento Livre e Esclarecido que é formado de duas vias, sendo uma para o entrevistado e outra para o pesquisador. (Resolução 196/96)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome da pessoa entrevistada

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa entrevistada

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

## **APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ETAPA I E ETAPA III – GRUPOS FOCAIS I E II**

### Ideias Disparadoras

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a efetividade da comunicação;
3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância;
4. Reduzir danos recorrentes de quedas;
5. Reduzir infecções;
6. Implantar procedimentos para cirurgia segura.

### Perguntas Disparadoras

1. Como o fazem?
2. Como acontecem no contexto da Unidade de Internação?
3. Como se enxergam dentro desse contexto? Participam ou não?
4. Quais os facilitadores para sua prática?
5. Quais os obstáculos para sua prática?

## APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA

### APÊNDICE D - SOLICITAÇÃO DE CARTA DE ANUÊNCIA

Prezado Sr.(a) Coordenador (a)

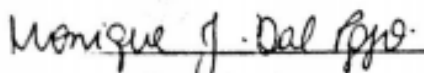
Eu, Monique Junges Dal Pozzo, RG 1106103888, CPF 025.596.210-02, acadêmica de Enfermagem, matriculada no curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da UNISINOS, pretendo realizar a pesquisa intitulada Certificação do conhecimento na Enfermagem: uma estratégia para potencializar as ações de cuidado, sob a orientação da professora Simone Edi Chaves, daquela entidade de ensino.

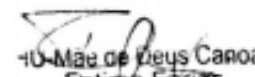
Venho através desta, solicitar sua autorização para a coleta de dados em uma instituição pública de saúde do município de Canoas/RS. Informo, ainda, que não haverá custos para aquela instituição, assim como, não haverá interferência na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas da mesma.

Entendo que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em conformância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Deixa de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica em nosso município, agradeço antecipadamente seu apoio e compreensão.

Canoas, 04 de junho de 2013.

  
Pesquisadora

  
-U-Mãe de Deus Canoas  
Fatima Farias  
Gerente Assistencial  
COREN: 61826  
Coordenador HU Canoas/RS

## ANEXO A – PARECER UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO  
RIO DOS SINOS - UNISINOS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CERTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM: UMA ESTRATÉGIA PARA POTENCIALIZAR AS AÇÕES DE CUIDADO

**Pesquisador:** Monique Junges Dal Pozzo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 17632813.8.0000.5344

**Instituição Proponente:** Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 304.375

**Data da Relatoria:** 12/05/2013

#### Apresentação do Projeto:

O estudo a ser desenvolvido, vincula-se ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem onde pretende avaliar, no Hospital Universitário de Canoas (HU), os protocolos assistenciais de cuidado em enfermagem do Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD), com vistas a um futuro processo de certificação.

#### Objetivo da Pesquisa:

Estão adequados ao estudo pretendido.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos, que podem vir a ter, são mínimos, se constatados que os protocolos assistenciais não forem adequados ao presente hospital. Os benefícios centram-se na possibilidade de discutir os protocolos em uso, modificando-os para a realidade do hospital e contribuindo desta maneira, para a melhoria da qualidade da assistência e da segurança do paciente.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é de Interesse da área da enfermagem e administrativa do Sistema de Saúde Mãe de Deus.

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

O TCLE está adequado para a população participante do estudo.

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SÃO LEOPOLDO

Telefone: (51)2591-1198

Fax: (51)2590-4118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO  
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 304.375

**Recomendações:**

Não há.

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

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado acompanha o parecer do relator.

SAO LEOPOLDO, 14 de Junho de 2013

---

Assinador por:  
José Roque Junges  
(Coordenador)

Endereço: Av. Itália, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1194

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br



## ANEXO B – PARECER HOSPITAL MÃE DE DEUS

HOSPITAL MÃE DE DEUS /  
SOCIEDADE EDUCADORA E  
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CERTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM: UMA ESTRATÉGIA PARA POTENCIALIZAR AS AÇÕES DE CUIDADO

**Pesquisador:** Monique Junges Dal Pozzo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 17632813.8.0000.5344

**Instituição Proponente:** Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 377.359

**Data da Relatoria:** 08/08/2013

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado Profissionalizante de Enfermagem da Unisinos a ser realizado no Hospital Universitário do Sistema de Saúde Mãe de Deus. Será desenvolvido na Unidade de Internação Adulto com 52 leitos. Será aplicado questionários em 6 a 11 técnicos de enfermagem, em 3 reuniões de grupo focal de 1:30h.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os protocolos assistenciais de cuidado de enfermagem do Sistema de Saúde Mãe de Deus, realizar educação permanente, identificar os benefícios assistenciais e a aceitação dos técnicos de enfermagem em relação aos protocolos.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios é a preparação para a avaliação da Acreditação hospitalar pela Joint Commission.

Riscos: realizado em profissionais da instituição e entrevistas serão gravadas.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Aspectos éticos estão adequados. garantem o sigilo dos dados e descarte de material.

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286

Bairro: MENINO DEUS

CEP: 90.880-480

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3230-6087

Fax: (51)3230-2032

E-mail: cep.uomd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE DEUS /  
SOCIEDADE EDUCADORA E  
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



Continuação do Parecer: 377.359

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado adequado eticamente.

**Recomendações:**

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da legislação vigente, em especial da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa deverá receber notificação de eventos adversos e relatórios periódicos sobre o andamento do estudo (formulários disponíveis no site <http://www.maededeus.com.br/2010/Universidade/Projetos.aspx>), bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisados nos casos de relevância, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

No caso em que seja preciso, posteriormente, ser apresentado ao nosso Comitê uma mudança substancial para o protocolo, envie-nos a versão do novo protocolo ou do formulário de consentimento, indicando de forma facilmente visível (em negrito, em destaque na cor ou sublinhado mostrando a antiga e a nova versão) as alterações propostas.

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

Em função disso, o Comitê de Ética em Pesquisa e CEP, do Hospital Mãe de Deus, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela Aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 29 de Agosto de 2013

Assinador por:  
**ANDRÉ JOBIM DE AZEVEDO**  
(Coordenador)

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286  
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.880-480  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3230-6087 Fax: (51)3230-2032 E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br