

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

**ROSANA DOS SANTOS SÁ**

**CARTILHA DE ORIENTAÇÃO:  
Sobre segurança do paciente em tratamento oncológico.**

**Porto Alegre  
2019**

ROSANA DOS SANTOS SÁ

**CARTILHA DE ORIENTAÇÃO:**  
**Sobre segurança do paciente em tratamento oncológico.**

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.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosália Figueiró Borges

Porto Alegre

2019

S111c Sá, Rosana dos Santos

Cartilha de orientação : sobre segurança do paciente em tratamento oncológico / por Rosana dos Santos Sá. – 2019.

49 f. : il., 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Rosália Figueiró Borges.

1. Segurança hospitalar. 2. Segurança do paciente. 3. Oncologia. 4. Cartilha. I. Título.

Catálogo na Fonte:  
Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

ROSANA DOS SANTOS SÁ

**CARTILHA DE ORIENTAÇÃO:**

**Sobre segurança do paciente em tratamento oncológico.**

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.

Aprovada em 31 de outubro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosália Figueiró Borges – UNISINOS

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosane Mortari Ciconet – UNISINOS

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ane Isabel Linden – UNISINOS

## RESUMO

A segurança do paciente é um tema relevante nas últimas décadas, tornando-se um componente primordial para o aperfeiçoamento da segurança do mesmo nos serviços de saúde prestados aos usuários oncológicos. A educação do paciente e o autogerenciamento do seu cuidado são essenciais para a segurança no ambiente assistencial. O presente trabalho focaliza-se no desenvolvimento de uma cartilha de orientação sobre segurança do paciente em tratamento oncológico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com ênfase em revisão integrativa de literatura para a construção de uma cartilha de segurança do paciente em tratamento oncológico. Para tanto, elaborou-se a pergunta norteadora desta pesquisa: quais produções científicas sobre promoção da segurança do paciente na área oncológica que subsidiam a construção de uma cartilha de orientações para pacientes em tratamento oncológico? Utilizou-se quatro bases de dados online: *Scientifican Eletronic Lybrary Online* (Scielo), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *National Library of Medicine* (PubMed). A coleta de dados foi realizada de abril a agosto de 2019, com os descritores Segurança do Paciente, Educação em Saúde, Tecnologia Educacional e Oncologia. Como critérios de inclusão, foram utilizados os idiomas português, inglês e espanhol e textos completos relacionados à temática da segurança do paciente em tratamento oncológico. Foram encontrados 291 artigos e selecionados 22, sendo identificadas três categorias: (I) segurança do paciente; (II) necessidades dos pacientes e (III) educação em saúde. Os autores apontam estratégias que visam à educação em saúde dos pacientes em tratamento oncológico, quanto à segurança do paciente, tratamento individualizado, sanando dúvidas quanto ao diagnóstico e tratamento, bem como dor, sinais e sintomas da doença, além da escuta por parte de profissionais capacitados, visando conforto e segurança do paciente durante o tratamento oncológico. O produto gerado nesse estudo consiste em uma cartilha de orientação sobre segurança do paciente em tratamento oncológico. A criação desta cartilha possibilita ao paciente, bem como à equipe multiprofissional, uma comunicação mais efetiva com vistas ao cuidado individualizado do paciente em tratamento oncológico.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Educação em saúde. Tecnologia educacional. Oncologia.

## ABSTRACT

Patient safety has been a relevant topic in recent decades, becoming a key component for improving patient safety in health services provided to cancer users. Patient education and self-care are essential for safety in the care environment. This paper focuses on the development of a guidance booklet on patient safety in cancer treatment. This is a qualitative research with emphasis on an integrative literature review for the construction of a patient safety primer in cancer treatment. The guiding question of this research was elaborated: which scientific productions on the promotion of patient safety in the oncology area that support the construction of a guidebook for patients on cancer treatment? It was used four online databases: Lybrary Electronic Scientific Online (SciELO), Nursing Database (BDENF), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (Lilacs) and National Library of Medicine (PUBMED). Data collection was performed in April 2019, with the following descriptors: Patient Safety, Health Education, Educational Technology and Oncology. As inclusion criteria, we used the Portuguese, English and Spanish languages and full texts related to the theme of patient safety in cancer treatment. We found 291 articles and selected 22, and three categories were identified: (I) patient safety; (II) patient needs and (III) health education. The authors point out strategies aimed at health education of patients undergoing cancer treatment, regarding patient safety, individualized treatment, answering questions about the diagnosis and treatment, as well as pain, signs and symptoms of the disease, in addition to listening by trained professionals, aiming at patient comfort and safety during cancer treatment. The product generated in this study consists of a guidebook on patient safety in cancer treatment. The creation of this booklet enables the patient as well as for the multiprofessional team a more effective communication with a view to individualized care of the patient undergoing cancer treatment.

**Keywords:** Patient Safety. Health education. Educational technology. Oncology.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação das evidências de estudos .....	27
Figura 2 – Fluxograma da Busca Metodológica nas bases de dados .....	29



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Formulação das questões de investigação .....	24
Quadro 2 – Forma de realização da busca conforme os descritores encontrados no DESC (descritores em ciências da saúde) e no MESH.....	25
Quadro 3 – Resultados do processo de síntese.....	27
Quadro 4 – Estudos na revisão integrativa – Categoria Segurança do Paciente .....	31
Quadro 5 – Estudos incluídos na revisão integrativa – Categoria Necessidades dos Pacientes.....	32
Quadro 6 – Estudos incluídos na revisão integrativa – Categoria Educação em Saúde .....	33

## **LISTA DE SIGLAS**

IOM	Instituto de Medicina dos Estados Unidos
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPSP	Programa Pacientes para a Segurança do Paciente
RDC	Resolução da diretoria colegiada

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1 Problema de pesquisa</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2 Objetivos</b> .....	<b>15</b>
1.2.1 Objetivo Geral .....	15
1.2.2 Objetivo Específico.....	15
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 Segurança do paciente: perspectivas e inovações</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 Cultura de segurança no ambiente hospitalar</b> .....	<b>17</b>
<b>2.3 Contexto histórico evolutivo acerca da segurança do paciente</b> .....	<b>18</b>
<b>2.4 Educação em saúde: estratégias para a transformação do ambiente seguro em oncologia</b> .....	<b>20</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
<b>3.1 Delineamento do estudo</b> .....	<b>23</b>
<b>3.2 Procedimentos de coleta de dados</b> .....	<b>23</b>
3.2.1 Revisão Integrativa.....	23
3.2.2 Construção da cartilha.....	26
3.2.3 Procedimento de Análise de Dados .....	26
<b>4 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>28</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>29</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>36</b>
<b>6.1 Categoria 1: Segurança do paciente</b> .....	<b>36</b>
<b>6.2 Categoria 2: Necessidades dos pacientes</b> .....	<b>377</b>
<b>6.3 Categoria 3: Educação em Saúde</b> .....	<b>3838</b>
<b>7 PRODUTO: CARTILHA DE PROMOÇÃO DE SEGURANÇA PARA ÁREA DE ONCOLOGIA</b> .....	<b>410</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>422</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>444</b>
<b>APÊNDICE A - CARTILHA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ONCOLÓGICO</b> .	<b>4848</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com os avanços tecnológicos na área da Saúde nas últimas décadas, o aumento do acesso aos serviços de saúde ao longo dos anos e o fácil acesso à informação em saúde na era da globalização, percebe-se que mudanças significativas estão ocorrendo no cenário moderno e competitivo dos serviços nessa área (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A segurança do paciente é amplamente discutida no cenário mundial na área da Saúde, tendo em vista a necessidade de pensar na melhoria da qualidade assistencial. Os eventos adversos representam importantes indicadores de qualidade da assistência à saúde e apontam graves problemas para a saúde pública (CAUDURO *et al.*, 2017).

A segurança hospitalar é um tema antigo e complexo. Já na época da Florence Nightingale, em meados dos anos 1820-1910, na guerra da Criméia, apresentou-se as suas primeiras evidências quando, na ocasião, contribuiu-se para a redução da mortalidade dos soldados internados por meio de melhorias na higiene e nas condições sanitárias dos hospitais. Como consequência dessa ação, houve expressiva diminuição nas taxas de infecção hospitalar (FILHO, 2014).

Em 1999, nos Estados Unidos, surgiu o Movimento Internacional para a Segurança do Paciente, após a publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM) To Err Is Human*. A partir desse fato, o tema segurança do paciente ganhou relevância mundial.

Os avanços tecnológicos na área da Saúde trouxeram benefícios para a assistência, mas, ao mesmo tempo, possibilitaram o aumento da probabilidade de ocorrência de danos. Para que se tenha um sistema de saúde mais seguro, é necessário unir experiências combinadas entre os diferentes atores: profissional da área da Saúde, organização de saúde, clientes, fornecedores e esfera governamental. Todos esses atores estão envolvidos direta e indiretamente no processo de cuidado com a segurança do paciente (FILHO, 2014).

A segurança do paciente está associada à avaliação permanente e proativa dos riscos em serviço de saúde, identificando e mapeando as fragilidades da instituição, podendo estabelecer barreiras necessárias para a segurança do paciente (ANVISA, 2016). Segundo Feldman, Ruthes e Cunha (2008), o processo de segurança do paciente pode aplicar-se a qualquer situação que possa gerar

consequência ou um resultado não mapeado ou não esperado; e é uma parte integrante de toda boa gestão.

No ano de 2013, no Brasil, foi lançado, pelo Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual propõe um conjunto de ações que visam a diminuir as ocorrências de incidentes nos serviços de saúde no País. Nesse sentido, foi criada a Resolução RDC Nº 36, de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente. A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, a qual institui o PNSP, ressalta medidas para atingir as principais metas de segurança do paciente, tais como: práticas seguras nos hospitais, sistema de notificação de agravos, elaboração de protocolos e processos de capacitação de profissionais.

Para tanto, é necessário que os gestores de serviço em Saúde incorporem, por meio de suas lideranças, ações que promovam uma cultura de segurança sólida e edificada. Destaca-se, também, que o hospital deve reconhecer suas fragilidades e rever seus processos assistenciais, de forma que as ações diretas de cuidado sejam mais seguras, priorizando, desse modo, o bem-estar do paciente/cliente. Se assim fizer, de acordo com Filho (2014), a organização tem a possibilidade de se destacar no mercado competitivo e globalizado.

Neste sentido, para que haja o estabelecimento da cultura de segurança nas organizações de saúde, é necessário quebrar paradigmas da não punição ou culpa no atendimento assistencial (ANVISA, 2016). Isso requer a criação de processos mais seguros para a assistência do paciente, tais como: dupla identificação do paciente, melhoria da comunicação, administração e uso seguro de medicamentos, cirurgia segura, higiene de mãos visando à prevenção de infecções, prevenção de úlceras por pressão, prevenção de quedas, entre outros (FILHO, 2014).

Para que essa prática ocorra de forma mais sólida, foram criados órgãos de certificações ou acreditações. A acreditação é um processo de avaliação organizacional que visa a garantir a qualidade da assistência com base em padrões internacionais legitimados, gerando um conjunto de orientações para a organização, visando a melhoria e a qualidade do seu desempenho (COSTA; COSTA, 2014).

Entende-se, por segurança do paciente, a redução de danos ao mínimo aceitável. Esses danos podem ser de diversos tipos, tais como lesões, sofrimento, incapacidade e morte. Por sua vez, os incidentes ocorridos no âmbito da área da Saúde são eventos ou circunstâncias que poderiam ser evitados, pois, além de

acarretar prejuízos nos resultados clínicos e funcionais do cliente, gera insatisfação do usuário e custos desnecessários para as organizações (ANVISA, 2016). A segurança do paciente é um problema de saúde pública em todo o mundo, mas as questões relacionadas à ela diferem dependendo da configuração, da cultura local e dos recursos disponíveis.

Na área da Oncologia, o câncer é considerado um problema de saúde pública de grande relevância epidemiológica no que se refere à incidência e à morbimortalidade. Nos países em desenvolvimento, estima-se que, nas próximas décadas, o câncer estará presente em 80% dos mais de 20 milhões de novos casos estimados para o ano de 2025 (BRASIL, 2015). Uma pesquisa realizada em 2012 apontou 14 milhões de novos casos estimados, sendo que mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento (BRASIL, 2015). Já no Brasil, o câncer é a segunda maior causa de mortes. A pesquisa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), entre 2016 e 2017, revelou que cerca de 600 mil novos casos de câncer ocorreram só no período do estudo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), nos países em desenvolvimento e nos países com economias em transição, a pesquisa em cuidados maternos, oncológicos e neonatais, medicamentos falsificados e de baixa qualidade, infecções associadas aos cuidados de saúde e os desafios de assegurar uma força de trabalho treinada e bem informada necessitam de atenção especial. A OMS enfatizou fortemente, também, a importância da pesquisa aplicada e avaliativa, as quais levam ao desenvolvimento de soluções localmente adaptáveis, eficazes, apropriadas e acessíveis. Embora existam muitas soluções para certos riscos à segurança do paciente, muitos países não podem aplicá-las, pois essas são dispendiosas ou inadequadas para o contexto e as circunstâncias locais. As recomendações da OMS para os países desenvolvidos focaram, mais especificamente, no avanço do conhecimento sobre processos subjacentes e fatores organizacionais que levam a cuidados inseguros, tais como aqueles relacionados à comunicação e coordenação, fatores humanos e a necessidade de melhorar a cultura de segurança do paciente.

Sendo assim, torna-se ímpar desenvolver estratégias no ambiente de cuidado de forma que a segurança do paciente no âmbito hospitalar seja promovida. O foco na educação em saúde é uma possibilidade de envolver os usuários (pacientes,

familiares, cuidadores e/ ou acompanhantes) no processo assistencial, visando a um atendimento digno e eficaz com o mínimo de ocorrência de danos possível.

A presente proposta do trabalho de Mestrado vem ao encontro das experiências profissionais e pessoais. Esse tema sempre despertou interesse pessoal, haja vista que, após a conclusão da Graduação, realizei um aperfeiçoamento profissional em Gestão de Risco e Segurança Hospitalar. Surgiu, naquele momento, uma forte atração e paixão pelo assunto. Considerando que o curso era focado para a segurança do paciente, foi possível entender, de forma mais elucidativa, que, para a segurança do paciente ser inserida de maneira sólida nas instituições de saúde, é necessário educar e orientar todos os envolvidos no processo de cuidado, incluindo os fornecedores, colaboradores, o próprio paciente e também seus familiares. Todos precisam ter conhecimento sobre segurança do paciente, uma vez que são corresponsáveis.

O conhecimento obtido nesse curso *lato sensu* foi essencial para a consolidação e aplicação do tema. Isso me motivou a desenvolver, de forma mais pontual, a segurança do paciente no local de trabalho. Entretanto, os desafios e mudanças pessoais e profissionais, bem como o acompanhamento de pessoas muito próximas com diagnóstico de câncer, corroboraram para que eu questionasse: quais seriam as ações de segurança para um paciente com diagnóstico de oncologia? Quais medidas de segurança que os pacientes são instrumentalizados e/ou orientados? Seus familiares sabem quais são as medidas de segurança para este paciente tão peculiar? A partir desses questionamentos, surgiu o desejo em contribuir de alguma forma nesse segmento.

Considerando a magnitude e relevância da área oncológica, ressalta-se que o presente estudo tem como objetivo construir uma cartilha de orientação em segurança do paciente em tratamento oncológico. Devido à complexidade assistencial em oncologia, torna-se oportuno a criação de uma cartilha de orientações específicas direcionadas a esse público como forma de promover ações de educação acerca da segurança do paciente em tratamento oncológico. Para tanto, este estudo pretende contribuir com orientações na temática de segurança do paciente voltados para área oncológica por meio do desenvolvimento uma cartilha de orientações durante a internação hospitalar.

## **1.1 Problema de pesquisa**

Quais as produções científicas sobre promoção da segurança do paciente em tratamento oncológico que subsidiam a construção de uma cartilha de orientações para pacientes, familiares, cuidadores e/ ou acompanhantes?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Elaborar uma cartilha de orientação de segurança do paciente em tratamento oncológico para pacientes, familiares, cuidadores e acompanhantes.

### **1.2.2 Objetivo Específico**

Identificar, na literatura, quais são as ações promotoras de segurança do paciente em tratamento oncológico indicadas para orientar os pacientes, familiares, cuidadores e acompanhantes.



## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Segurança do paciente: perspectivas e inovações**

Globalmente e ao longo de muitas décadas, uma riqueza de conhecimentos e experiências vem sendo explorada para a melhoria dos cuidados em Saúde. Apesar desse contexto, o problema ainda é presente e tem sido pauta de discussão, tanto em países subdesenvolvidos, quanto em países desenvolvidos, os quais apresentam uma renda alta, quanto em países que possuem renda média baixa. Para tanto, o foco é pensar em estratégias de segurança, contemplando as iniciativas já existentes e as novas demandas que, atualmente, estão impactando os resultados nos sistemas de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Para que a população tenha uma melhoria na saúde e nos cuidados paliativos oferecidos pelos profissionais, é fundamental entender a importância da ampliação e do investimento orçamentário nas temáticas científicas de segurança do paciente. É necessário organizar a prestação de cuidados, considerando o alto custo da assistência em saúde. Os gastos em saúde nos países industrializados dobraram nos últimos 30 anos, apesar de que os países com os maiores gastos nem sempre são aqueles com os melhores resultados (SALDIVA; VERAS, 2018).

Clínicos e gestores de sistemas de saúde, a nível central e local, precisam equilibrar os múltiplos objetivos do sistema de modo simultâneo, pois, muitas vezes, os mesmos estarão em sinergia. Em particular, a segurança do paciente e o controle de custos não devem ser considerados como oposição. Esforços devem ser feitos para garantir que a contenção de custos e os cortes nos orçamentos não prejudiquem a segurança do paciente no atendimento, e que a segurança seja parte essencial de uma estratégia do cuidado em saúde para obter ganhos de eficiência. No entanto, em tempos de estresse financeiro agudo, os gerentes de sistemas de saúde podem sentir a pressão para se concentrar mais em garantir o acesso e alcançar o equilíbrio financeiro do que em indicadores de segurança do paciente (SALDIVA; VERAS, 2018).

## 2.2 Cultura de segurança no ambiente hospitalar

Os eventos adversos representam, em Saúde, a terceira principal causa de morte no Brasil. Além disso, milhões de incidentes relacionados aos mesmos têm sido relatados em todo o mundo, o que destaca a necessidade de entender os fatores que colocam o paciente em risco, bem como de incorporar medidas que contribuam para a segurança em Saúde (MAKARY; DANIEL, 2016). A busca por intervenções sistemáticas, a qual pode contribuir para a redução desses eventos, requer a construção de um processo de trabalho baseado em um modelo de cultura de segurança (SINGER; VOGUS, 2013).

A OMS estima que, a cada ano, dezenas de milhares de pessoas, em vários países, sofrem de danos causados por eventos adversos, erros e incidentes relacionados aos cuidados de saúde (ANVISA, 2016). Esses danos, sofridos pelos pacientes durante sua permanência no hospital, podem ser incapacitantes, resultar em morte prematura, outras consequências irreversíveis, aumento do custo e hospitalização (SALDIVA; VERAS, 2018).

Para a OMS (2014), cerca de 20 a 40% de todos os gastos em Saúde, em vários países, são resultados da má qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. O resultado da interação de atitudes, percepções, valores e competências individuais e de grupo sobre as questões de segurança são definidos como cultura de segurança. As instituições de cultura de segurança satisfatórias são marcadas por uma comunicação eficaz entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância da segurança e eficácia das ações preventivas (CAUDURO *et al.*, 2015).

Halligan e Zecevic (2011) realizaram uma revisão da literatura de cultura de segurança de 1980 a 2009. Seu estudo apresenta desacordo entre os pesquisadores sobre a definição de cultura de segurança, e se ela é ou não intrinsecamente diferente do conceito de clima de segurança. A definição analisada pelos autores como sendo a mais correta sobre cultura de segurança do paciente coincide com a mesma que foi introduzida pelo Comitê Consultivo para Segurança em Instalações Nucleares e também que foi adotada pela Comissão de Saúde e Segurança do Reino Unido, em 1993, definida como:

A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso e o estilo e proficiência de uma gestão de saúde e segurança de uma organização (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

O ambiente de segurança é entendido como uma medida temporal da cultura de segurança, que pode ser medida pelas percepções dos profissionais quanto ao estabelecimento da cultura de segurança, que está associada à adoção de atitudes seguras e redução de eventos adversos. Os principais fatores diretamente relacionados à adoção de atitudes seguras e à redução de eventos adversos são os que estão relacionados a comportamentos frente ao gerenciamento de questões de segurança, a presença de políticas de prevenção de riscos e a pressão no local de trabalho (REIS; LAGUARDI; MARTINS, 2013).

Vários estudos estão sendo conduzidos em hospitais filantrópicos e de ensino para avaliar a cultura de segurança, sendo esses, em sua maioria, realizados em grandes centros. Ter o diagnóstico do clima de segurança do paciente é um passo importante nas instituições de saúde. Esse indicador reflete a qualidade do atendimento ao paciente e pode levantar intervenções para melhorar esses resultados (LUIZ *et al.*, 2015).

O tema segurança do paciente tem permeado as discussões entre gestores e equipe de saúde dos hospitais. Há uma fragilidade de evidências científicas que possam apoiar a forma como o clima de segurança está presente e de que maneira os profissionais de saúde o percebem no contexto da assistência nos hospitais, especialmente nos privados. Assim sendo, é necessário conhecer a cultura de segurança vivenciada nas instituições para que melhorias sejam realizadas no cuidado prestado, a fim de garantir a segurança do paciente.

### **2.3 Contexto histórico evolutivo acerca da segurança do paciente**

A segurança do paciente tornou-se um tema relevante nas últimas décadas, sendo um componente primordial para o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços de saúde prestado aos seus usuários.

No ano de 1999, com a publicação do livro, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), “Errar é humano: Construindo um Sistema de Saúde mais

Seguro”, foi possível levantar os danos causados pela assistência à saúde em indivíduos norte-americanos (NASCIMENTO; DRAFANOV, 2015).

Na década de 1990, o Brasil iniciava o movimento em prol da qualidade assistencial, no qual as instituições de saúde públicas e privadas debateram sobre a temática com intuito de propor ações e estratégias promotoras que garantissem a qualidade assistencial em serviços de saúde, para que não ocorressem mais danos à saúde do indivíduo (NASCIMENTO; DRAFANOV, 2015).

Após a publicação do estudo “Errar é humano”, pelo IOM, a questão de segurança do paciente ganhou visibilidade mundial. A pesquisa apontava a incidência de eventos adversos: cerca de 100 mil pessoas morriam em hospitais a cada ano. Então, em 2011, o IOM criou um plano mandatório de notificações de eventos adversos, sugerindo seis finalidades, dentre as quais, a segurança do paciente. Desde então, vários países vêm desenvolvendo políticas de saúde voltadas à segurança do paciente. O Brasil é um desses países que buscaram organizar a assistência prestada ao paciente, criando, em 2001, o projeto “Hospitais Sentinela”, os quais empregaram o uso da sistematização e da vigilância de produtos médico-hospitalares nos serviços de saúde (NASCIMENTO; DRAFANOV, 2015).

Durante a Aliança Mundial, em 2005, o primeiro desafio global voltado para a segurança do paciente foi reduzir as Infecções Relacionadas à Assistência (IRAS). Isso se consolidou por intermédio da RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010, que tornou obrigatório o uso de preparações alcoólicas para a fricção antisséptica das mãos nos serviços de saúde do País (NASCIMENTO; DRAFANOV, 2015). No ano de 2006, ocorreu o primeiro Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente. Esse evento foi de grande importância para a área da Saúde, pois esse momento alavancou as estratégias políticas e educativas sobre a temática e sua repercussão nas práticas profissionais.

No ano de 2009, foi criado o Instituto de Práticas Seguras no Uso de Medicamentos, que tem por objetivo a promoção de práticas seguras na utilização de medicamentos por parte dos profissionais da área da Saúde nos seus diferentes níveis assistenciais (NASCIMENTO; DRAFANOV, 2015). Em 2008 e 2009, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a colaboração da OMS, desenvolveu o Programa Pacientes para a Segurança do Paciente (PPSP), com vistas à inclusão do paciente em seu próprio cuidado, tornando, assim, o paciente mais ativo,

contribuindo com informações relevantes para a sua segurança e melhorando a qualidade assistencial dos serviços (PANCIERI *et al.*, 2013).

No ano de 2010, 3.885 instituições de saúde em todo o mundo se candidataram para desenvolver parte da campanha instituída pela OMS acerca das cirurgias seguras, sendo traçada a meta de que até 2020 deveria haver uma redução de 25% de infecções de sítio cirúrgicos (ROCHA MOTTA FILHO *et al.*, 2013). No ano de 2011, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o qual tinha por objetivo incentivar financeiramente os municípios que tivessem resultados alcançados pelas equipes de saúde (NASCIMENTO; DRAFANOV, 2015).

O amplo debate acerca do tema Segurança do Paciente propiciou ações por parte das instituições de saúde a nível mundial, sobre o modelo do queijo suíço de acidentes organizacionais de James Reason e a cultura de não punição, culpa. Isso gerou uma forma de pensar sobre as oportunidades de melhoria do sistema, bem como os pilares estratégicos de promoção da segurança do paciente. Ressalta-se que a cultura de segurança reflete essencialmente na gerência de valores, experiências, atitudes e práticas (MONTSERRAT-CAPELLA; CHO; LIMA, 2013). Em 2013, no Brasil, por meio da Portaria nº 529, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tendo como objetivo principal a qualificação do cuidado com a saúde em todas as instituições brasileiras, incluindo públicas e privadas (NASCIMENTO; DRAFANOV, 2015).

É de extrema importância conhecer o contexto histórico e evolutivo acerca da segurança do paciente, pois essas transformações fazem com que erros relacionados a assistência diminuam em virtude da visão diferenciada que foi sendo construída ao longo do tempo. Nesse processo de solidificação, destaca-se também a interdisciplinaridade como ponto de referência entre as áreas de conhecimento para agregar ações voltadas para transformação do cuidado prestado (NASCIMENTO; DRAFANOV, 2015).

#### **2.4 Educação em saúde: estratégias para a transformação do ambiente seguro em oncologia**

Segundo Teixeira, Medeiros e Nascimento (2017), tecnologias cuidativo-educacionais têm ganhado amplo destaque na atualidade, sendo necessária a

validação e avaliação das mesmas nos diversos cenários da área da Saúde. As tecnologias em saúde devem estar embasadas no ponto de vista conceitual, considerando objetivos e análise sistemática do contexto, bem como os impactos à incorporação da tecnologia na prática profissional da saúde.

Tecnologia pode ser definida, de uma forma muito simples e genérica, como conhecimento aplicado. No caso da saúde, ela é conhecimento aplicado que permite a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças, assim como a reabilitação de suas consequências (VIANA *et al.*, 2011).

Sendo assim, de acordo com as concepções abordadas pelos autores acima citados, é possível afirmar que as tecnologias educativas têm por finalidade auxiliar assistencialmente através de métodos tecnológico-educativos, bem como programas de atenção e cuidados à saúde da população, ou seja, qualquer método educativo utilizado para a promoção da saúde, impedindo a morte e facilitando na reabilitação da saúde dos pacientes e/ou da população.

A educação do paciente e o autogerenciamento do seu cuidado são componentes essenciais da educação em saúde. Esses permitem que os pacientes sejam participantes ativos na tomada de decisões que afetam seus cuidados de saúde, melhorando a segurança dos mesmos e os resultados dos cuidados. Autogestão e educação do paciente previnem complicações de saúde e reduzem eventos adversos.

As políticas voltadas para a segurança do paciente podem incentivar uma melhor autogestão pelos pacientes. Os gestores, ou seja, os enfermeiros, são os provedores de conhecimento e precisam ser capazes de explicar o diagnóstico de saúde, o qual é, muitas vezes, complexo. As abordagens de tratamento dos enfermeiros aos pacientes devem se dar de uma maneira amigável e de fácil compreensão. A formação de profissionais de saúde na comunicação eficaz de informações é complexa, porém muito importante. Esse treinamento inclui métodos para ajudar os pacientes a resolver problemas e interpretar seus sintomas, e para aumentar a conscientização dos profissionais de saúde sobre o impacto do autogerenciamento dos pacientes nos resultados de saúde (YANK *et al.*, 2013).

Programas de educação de pacientes e sessões de aconselhamento são outra forma frutífera de apoiar melhor o autocontrole do paciente. Tais intervenções ajudam os pacientes a desenvolver uma melhor compreensão de como suas condições afetam suas vidas e como lidar com seus sintomas. Isso proporciona aos

pacientes as ferramentas, habilidades e apoio de que precisam para melhorar seu próprio bem-estar e qualidade de vida (YANK *et al*, 2013).

Vários países introduziram programas educacionais especificamente projetados para apoiar uma melhor autogestão do paciente. Um exemplo de sucesso é Israel, onde a educação do paciente é fornecida através de cursos de treinamento de pacientes e sessões de aconselhamento organizadas por fundos de saúde. Tais programas pretendem melhorar hábitos de vida e habilidades de autogerenciamento para pessoas com necessidades complexas (OCDE, 2013).

Portugal também adotou uma abordagem nacional para a alfabetização em saúde em 2014, chamada “A Declaração Nacional sobre Alfabetização em Saúde: Agir para melhorar a segurança e a qualidade”. Especificamente, a Declaração Nacional focou, entre outras áreas, na educação para pacientes e prestadores de cuidados de saúde (OCDE, 2015). A Escócia desenvolveu um Plano de Ação de Alfabetização em Saúde para garantir que os serviços de saúde e assistência social sejam atendidos por cada cidadão e promovam a autogestão (OCDE, 2016). Por outro lado, a falta de estratégia para promover a autogestão do paciente foi observada na República Tcheca e na Coreia (OCDE, 2012; OCDE, 2014).

Nos sistemas de saúde da OCDE, são necessários maiores esforços para garantir que os serviços de saúde primários e secundários ofereçam apoio ao paciente, à medida que assumem um papel mais ativo no gerenciamento de suas próprias condições de saúde. Nesse contexto, a construção e desenvolvimento de cartilhas educativas no processo de educação em saúde favorecem a abordagem clara, simples e objetiva de informações e orientações para pacientes brasileiros com doenças crônicas complexas, enfatizando os variados tipos de cânceres.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Delineamento do estudo**

A presente dissertação foi construída por meio da pesquisa de revisão integrativa com ênfase na construção de tecnologia educacional de Teixeira e Mota (2014). Compreende a produção da tecnologia educacional a ser realizada por meio de revisão integrativa para a seleção, criação e organização do conteúdo, bem como a elaboração de ilustrações da cartilha de orientação em segurança do paciente oncológico.

A revisão integrativa visa à elaboração de uma intervenção ou melhoria de uma intervenção já existente, ou ainda, desenvolver, criar um instrumento/tecnologia educacional, ou até um método de mediação, por meio de estratégias que utilizam o conhecimento científico existente. O pesquisador tem por objetivo a construção de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser utilizado por outros pesquisadores e público-alvo da pesquisa vigente (TEIXEIRA; MEDEIROS; NASCIMENTO, 2014).

A revisão integrativa constitui-se de seis etapas: (I) identificação do problema ou questionamento; (II) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); (III) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; (IV) análise das informações; (V) interpretação dos resultados e (VI) apresentação da revisão (LACERDA; COSTENARO, 2016).

### **3.2 Procedimentos de coleta de dados**

O estudo teve como base a construção de uma tecnologia educativa. A mesma foi desenvolvida em duas etapas: (1) revisão integrativa por meio de PICOT e (2) desenvolvimento da tecnologia educativa (cartilha de segurança do paciente em tratamento oncológico).

#### **3.2.1 Revisão Integrativa**

Para a primeira etapa, realizou-se a formulação da pergunta norteadora desta pesquisa, tendo, como base, a estratégia PICOT (LACERDA; COSTENARO; 2016):



P como população, I como intervenção, C que compreende a intervenção utilizada, O é o resultado esperado e T relaciona-se à cronologia que a pergunta ocorre. Com base nessa referência, elaborou-se a pergunta norteadora desta pesquisa: qual a produção científica sobre promoção da segurança do paciente na área oncológica que subsidia a construção de uma cartilha de orientações para pacientes, familiares, cuidadores e/ou acompanhantes?

Quadro 1 – Formulação das questões de investigação

P	Orientações de segurança dos pacientes em tratamento oncológico - para pacientes, familiares, cuidadores e ou acompanhantes
I	Cartilha de orientações de segurança do paciente em tratamento oncológico
C	Não se aplica
O	Reduzir o risco assistencial acerca da segurança do paciente.
T	Não se aplica

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Realizou-se a busca em estudos recentes em bases de dados científicos com evidências sobre segurança do paciente em tratamento oncológico. Os estudos utilizados foram selecionados e consultados nas seguintes bases de dados: Scientifican Eletronic Lybrary On Line (Scielo), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *National Library of Medicine* (PubMed), realizado entre abril e agosto de 2019. Nas bases de dados, foram utilizados os descritores em ciências e saúde (DeCS), conforme o Quadro 2, e relacionados com o operador booleano AND.

Quadro 2 – Forma de realização da busca conforme os descritores encontrados no DESC (descritores em ciências da saúde) e no MESH

<b>Bloco conceitual</b>	<b>Termos</b>	<b>Estratégia de busca</b>
<b>Oncologia</b>	medical oncology oncologia médica	“medical oncology” AND “patient safety” “oncologia médica” AND “segurança do paciente” “medical oncology” AND “educational technology” “oncologia médica” AND “tecnologia educacional” “medical oncology” AND “health education”
<b>Segurança do paciente</b>	patienty safety segurança do paciente	“patient safety” AND “medical oncology” “segurança do paciente” AND oncologia médica” “patient safety” AND “health education” “segurança do paciente” AND “educação em saúde” “patienty safety” AND “educational technology” “segurança do paciente” AND “tecnologia educacional”
<b>Educação em saúde</b>	health education educação em saúde	“health education” AND “educational technology” “educação em saúde” AND “tecnologia educacional” “health education” AND “patient safety” “educação em saúde” AND “segurança do paciente” “health education” AND “medical oncology” “educação em saúde” AND “oncologia médica”
<b>Tecnologia educacional</b>	Educational technology Tecnologia educacional	“educational technology” AND “medical oncology” “tecnologia educacional” AND “oncologia médica” “educational technology” AND “patient safety” “tecnologia educacional” AND “segurança do paciente” “educational technology” AND “health education” “tecnologia educacional” AND “educação em saúde”

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

A seleção inicial das evidências foi feita por meio da avaliação dos resumos (*abstracts*) e dos títulos dos artigos. Foi avaliado o total de artigos em todas as buscas nas bases de dados e, após, se excluiu os que possuíram duplicidade. Através de uma breve leitura dos títulos e resumos, foi identificado se o artigo faz parte dos critérios a serem estudados. Após selecionar os estudos, foi realizada uma leitura criteriosa, a fim de extrair os dados pertinentes da pesquisa.

Segundo os critérios de inclusão, os artigos precisavam ser: estudos sobre segurança do paciente em tratamento oncológico; estudos completos disponíveis; estudos dos últimos 5 anos (período de 2014 a 2019), artigos disponíveis gratuitamente nos bancos de dados selecionados na íntegra e no idioma português e inglês. Para a exclusão, resumos ou resumos expandidos e artigos publicados em anais de congresso.

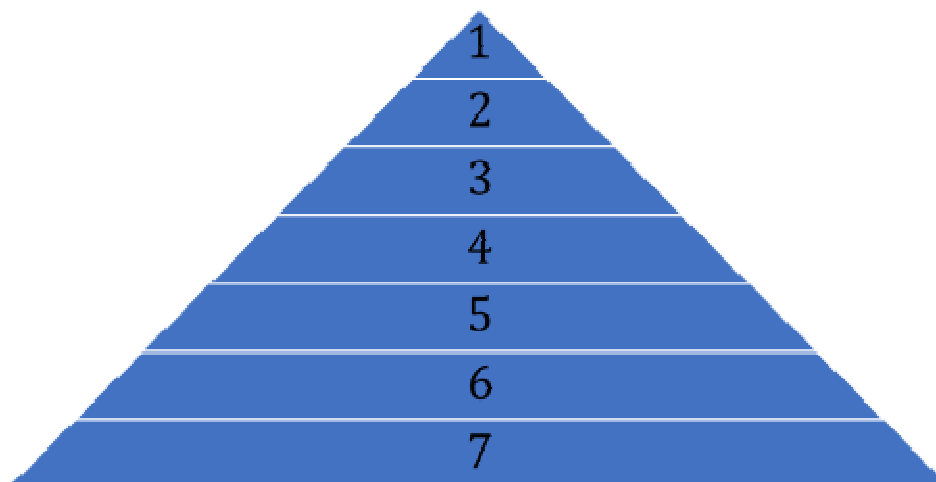
### 3.2.2 Construção da cartilha

Após a realização da revisão de literatura, as informações foram organizadas e categorizadas para a elaboração do conteúdo para a cartilha. O desenvolvimento da tecnologia educativa foi realizado com base nas recomendações e evidências sobre segurança do paciente em tratamento oncológico.

### 3.2.3 Procedimento de Análise de Dados

Para avaliação dos estudos, foi realizado o sistema de classificação de força de evidência de forma hierárquica, conforme Melnyk e Fineout-Overholt (2011, apud LACERDA; COSTENARO, 2018). A hierarquia de força de evidência levou em consideração a PICOT, de acordo com a Figura 1.

Figura 1 – Classificação das evidências de estudos



Fonte: Melnyk e Fineout-Overholt (2011, apud LACERDA; COSTENARO, 2018, p. 70).

O sistema pode ser explicado da seguinte forma: N1, revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; N2, ensaios clínicos randomizados controlados; N3, ensaios clínicos sem randomização; N4, coorte e caso-controle; N5, revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; N6, estudo descritivo ou qualitativo; N7, opinião de especialistas. Os resultados da revisão integrativa indicam o detalhamento dos estudos primários incluídos (individualmente) e aqueles resultantes do processo de síntese, sendo organizados conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Resultados do processo de síntese

<b>Autor</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Nível de evidência</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

As recomendações são baseadas na análise dos estudos obtidos para cada desfecho. A direção das recomendações determinou o equilíbrio dos resultados desejáveis e indesejáveis e a qualidade propôs as recomendações (BRASIL, 2016).

#### **4 ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi baseado na Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, cujo parágrafo único, inciso VI, refere-se às pesquisas realizadas exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica, as quais não são avaliadas e nem registradas pelo sistema CEP/CONEP.

Para tanto, utilizou-se, na coleta de dados, os artigos científicos em bases de dados eletrônicos. Outras indicações abordadas na Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde são pesquisas que utilizem informações de domínio público, pesquisa com bancos de dados sem possibilidade de identificação individual ou pesquisa censitária.

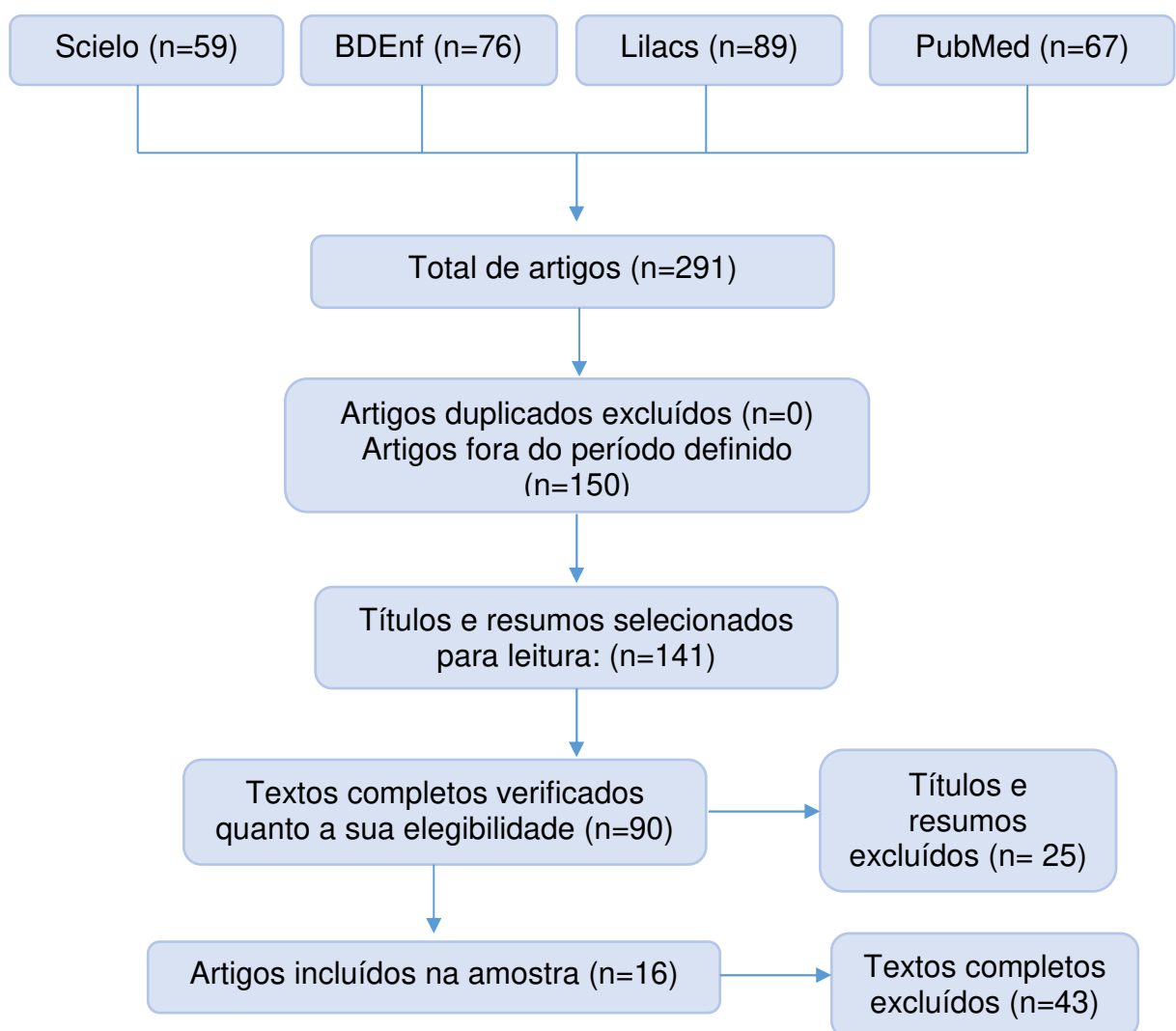
A contribuição da presente pesquisa é a elaboração de uma cartilha de orientação quanto à segurança do paciente oncológico, a qual poderá ser utilizada em unidade de internação de pacientes em tratamento oncológico.

Foi mantida a autenticidade dos conceitos dos autores dos artigos que foram utilizados na revisão sistemática para a construção deste guia, bem como a preservação de todos os direitos autorais, conforme a Lei nº 9.610, de 1998, alterada, revogada e acrescentada pela Lei nº 12.853, de 2013.

## 5 RESULTADOS

Como percurso metodológico para a chegada aos resultados, realizou-se a busca nas bases de dados Scielo, BDEnf, Lilacs e PubMed, resultando em 291 artigos. Realizou-se a triagem de 150 estudos, excluiu-se 90 e 22 estudos foram avaliados pela elegibilidade, selecionados pelos critérios de inclusão e por atenderem ao escopo da pesquisa. Esse processo é ilustrado na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma da Busca Metodológica nas bases de dados



Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Na base PubMed, obteve-se 67 estudos; no Lilacs, obteve-se 89 estudos; no Scielo, obteve-se 59 estudos e, na base de dados da BDEnf, encontrou-se 76 estudos. Sendo assim, somaram-se 291 estudos potencialmente elegíveis após o rastreamento para critérios de inclusão e exclusão. Incluiu-se um total de 16 estudos

nessa revisão (características dos estudos incluídos); foram excluídos 269 estudos (características de estudos excluídos). Os quadros 4, 5 e 6 apresentam a classificação e a categorização dos artigos selecionados na presente revisão.

Quadro 4 – Estudos na revisão integrativa – Categoria Segurança do Paciente

CATEGORIA 1 - SEGURANÇA DO PACIENTE						
AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULOS	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Silveira, A. <i>et. al</i>	2016	Evidencia científica de los cuidados de enfermería y seguridad del paciente en la unidad de hospitalización de oncología	Revisão Integrativa	Resumir as evidências científicas que tratam do cuidado de enfermagem e segurança do paciente em unidades de internação oncológica, à luz de Donabedian.	A avaliação dos elementos da estrutura da qualidade, bem como as ações realizadas no tratamento e os resultados das intervenções influenciam no cuidado recebido.	5
Halligan, M. & Zecevic, A.	2014	Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress	Revisão de Artigos	O objetivo visa resumir definições da cultura de segurança e clima de segurança, identificar teorias, dimensões e medidas da cultura de segurança na área da Saúde e revisar o progresso na melhoria da cultura de segurança	Sugerem que há discordância entre os pesquisadores sobre como a cultura de segurança deve ser definida, bem como se a cultura de segurança é ou não intrinsecamente diversa do conceito de clima de segurança. Essa variação se estende às dimensões e medidas da cultura de segurança e intervenções para influenciar a mudança de cultura	5
Barbosa, H. <i>et al.</i>	2015	Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia	Estudo observacional seccional.	O objetivo do estudo foi avaliar o clima de segurança na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde de um hospital especializado em oncologia.	Para ser realmente eficaz, a segurança do paciente precisa ser incorporada à educação dos profissionais de saúde em todo o âmbito de cuidados de saúde, melhorando, assim, a percepção dos mesmos sobre as atitudes da organização quanto ao clima de segurança. Essa mudança requer esforços e envolvimento de toda a instituição.	1
Silva, T. <i>et al.</i>	2016	Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro	Revisão integrativa da literatura.	O objetivo deste estudo foi o de analisar a contribuição da enfermagem para a segurança do paciente no Brasil	Propõe uma reflexão para a equipe de saúde sobre a importância da identificação do erro e da utilização de ferramentas para melhoria da segurança do paciente e sugere que novos estudos atinjam todos os níveis de atenção na	5



					saúde no Brasil.	
--	--	--	--	--	------------------	--

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Quadro 5 – Estudos incluídos na revisão integrativa – Categoria Necessidades dos Pacientes.

CATEGORIA 2- NECESSIDADES DOS PACIENTES						
AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULOS	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Garcia, A. <i>et. al</i>	2018	Cancer patients treated with intravenous chemotherapy for the first time. What are their needs? What do they lack? A qualitative– quantitative mixed approach	Quantitativo- Qualitativo	O objetivo deste estudo foi identificar e confirmar as necessidades dos pacientes em tratamento quimioterápico anticâncer	Este estudo permitiu identificar, confirmar e enriquecer o conhecimento das necessidades de pacientes com câncer iniciando a quimioterapia intravenosa. Esses resultados levaram à modificação de um programa de educação de pacientes existente para esses pacientes, a fim de atender às suas necessidades de maneira atualizada e personalizada	5
Cruz, M. <i>et al.</i>	2016	Validação de manual educativo para pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia	Método Descritivo	Validar o conteúdo e a aparência de manual educativo direcionado aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, submetidos à radioterapia	O manual educativo proposto foi considerado válido quanto ao conteúdo e à aparência. Sugere-se que possa contribuir para a compreensão do processo terapêutico ao qual o paciente com câncer de cabeça e pescoço é submetido ao realizar a radioterapia, além de subsidiar a prática clínica por meio da consulta de enfermagem.	5

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Quadro 6 – Estudos incluídos na revisão integrativa – Categoria Educação em Saúde

CATEGORIA 3- EDUCAÇÃO EM SAÚDE						
AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULOS	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Bourmaud, A. <i>et al.</i>	2018	Cancer-related fatigue management: evaluation of a patient education program with a large-scale randomised controlled trial, the PEPs fatigue study	Estudo controlado randomizado multicêntrico	Avaliar a eficácia de um programa educacional para pacientes construído de acordo com diretrizes que visam reduzir a fadiga relacionada ao câncer (IRC).	Apesar da metodologia rigorosa, este estudo não destacou a eficácia do programa na redução da fadiga em pacientes com câncer.	1
Hey, P. <i>et al.</i>	2016	Meios de comunicação utilizados pelos pacientes: informações sobre o câncer após o diagnóstico e durante o tratamento	Pesquisa qualitativa descritiva	Identificar os meios utilizados pelos pacientes para obter informações sobre o câncer após o diagnóstico e durante o tratamento.	Os principais meios de comunicação utilizados pelos entrevistados para obter informações foram os meios impressos e audiovisuais, a Internet, amigos e pacientes com o mesmo diagnóstico e profissionais de saúde.	6
Mazzoni, G. <i>et al.</i>	2017	Gestão e Educação permanente em um Hospital Oncológico: um Estudo Descritivo	Estudo qualitativo, descritivo	Analisar a Educação Permanente em Saúde em um hospital público de câncer	Pretende-se, no desenvolvimento da pesquisa, investigar a EPS como ferramenta de gestão, de modo a otimizar processos de trabalho e viabilizar a atenção de qualidade.	6
Schwappach, L. & Gehring, K.	2014	Trade-offs between voice and silence: a qualitative exploration of oncology staff's decisions to speak up about safety concerns	Entrevista Qualitativa	Explorar os fatores que afetam a decisão da equipe de oncologia de expressar preocupações de segurança ou permanecer em silêncio e descrever as compensações que eles fazem.	Embora médicos e enfermeiros sentissem uma forte obrigação de evitar erros que atingissem pacientes individuais, eles não estavam envolvidos em expressar preocupações além desse imediatismo. Os resultados oferecem uma visão aprofundada dos medos e condições que conduzem ao silêncio e à voz e podem ser usados para intervenções educacionais e reforço de líderes.	5

Killen, R. <i>et al.</i>	2017	Preventable and Mitigable Adverse Events in Cancer Care: Measuring Risk and Harm Across the Continuum	Estudo de corte retrospectivo	Avaliar a natureza e extensão dos EAs entre pacientes com câncer em ambientes hospitalares e ambulatoriais.	Foi identificado um fardo pesado de EAs, incluindo eventos evitáveis ou mitigáveis. Pesquisas futuras devem examinar os fatores de risco e estratégias de melhoria para reduzir sua carga.	4
Barros, G. <i>et al.</i>	2015	Caracterización de tesis y disertaciones sobre cuidados de enfermería en oncología	Qualitativa	Caracterizar as dissertações e teses disponíveis na enfermagem. Teses Coordenação de Banco de Dados de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que tratam dos cuidados em oncologia.	Identificou a predominância de trabalhos que discutem o cuidado de enfermagem com foco no componente emocional e no processo interativo entre paciente, família e profissionais. Diante disso, inferir a necessidade de articular essas questões às atividades técnicas e ao conhecimento científico da enfermagem, para que sua interdependência fique clara no estabelecimento de cuidados adequados aos pacientes com câncer.	5
Salbego, C. <i>et al.</i>	2015	Tecnologias Cuidativo-Educacionais: um Conceito em Desenvolvimento.	Pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva	Conhecer a práxis de enfermeiros em contexto hospitalar e, a partir disso, construir um conceito acerca de Tecnologia Cuidativo-Educacional	As reflexões apontam para a necessidade de desenvolver ou fortalecer a autonomia dos envolvidos no processo saúde-doença, tendo como fundamento o empoderamento do ser humano sob sua condição de vida na sua multidimensionalidade, no âmbito da práxis humana.	6

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Entre os 16 trabalhos, 09 (56,25%) foram publicados em português e estavam indexados nas bases de dados Lilacs, BDEnf e Scielo, enquanto apenas 07 (43,75%) foram publicados em inglês e espanhol e localizados nas mesmas bases de dados, inserindo, ainda, a PubMed.

Aponta-se que 18,75% (n=3) foram publicados em 2015, 25% (n=4) em 2016, 12,5% (n=2) em 2014, 25% (n=4) em 2017 e 18,75% (n=3) em 2018. Destaca-se, ainda, que o Brasil foi o país com maior número de publicações, sendo responsável por 68,75% (n=11) das mesmas. Ressalta-se ainda publicações nos Estados Unidos com 25% (n=4) e Europa com 6,25% (n=1).

Em relação à abordagem da Enfermagem utilizada nos estudos, nota-se que 04 (25%) dos estudos escolhidos tratam da importância da segurança do paciente no âmbito hospitalar como contribuinte na melhoria do atendimento e qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto, 09 (56,25%) estudos apontaram os modelos de tecnologias educativas como fator-chave para a comunicação e educação dos pacientes. Por fim, 03 (18,75%) pesquisas abordaram o clima organizacional de um hospital como primordial para a manutenção de um atendimento qualificado e, conseqüentemente, fundamental para a qualidade de vida dos funcionários e, principalmente, dos pacientes.

Todos os estudos possuem delineamento experimental, sendo que um (10%) foi ensaio clínico com características de controle e randomização. Além disso, um (10%) é multicêntrico e os outros 14 (80%) utilizaram métodos de revisão bibliográfica, quantitativos, qualitativos e/ou exploratórios. Os estudos indicaram que houve melhora significativa na qualidade do atendimento assistencial hospitalar quando na utilização de tecnologias educativas. A segurança do paciente e o sistema organizacional são caminhos propulsores para a melhoria do atendimento e convivência dos profissionais, pacientes e familiares na área oncológica.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Categoria 1: Segurança do paciente

Silveira *et al.* (2016), descreve em seu estudo a importância da estrutura como influência no cuidado prestado ao paciente, pois este proporciona condições físicas adequadas e seguras ao paciente. É necessário que a unidade assistencial proporcione ao indivíduo a continuidade de suas necessidades, bem como acessibilidade do paciente aos diversos profissionais ao decorrer de seu tratamento. Além disto, é essencial ao paciente e aos seus familiares, cuidadores e/ou acompanhantes, a privacidade no ambiente de cuidado, ou seja, unidades de internações que sejam amplas e que promovam segurança e conforto. Outro fator importante descrito neste estudo é a assistência prestada ao paciente em tratamento oncológico. O mesmo relata a importância da instrumentalização do saber dos profissionais, em especial os da enfermagem, sendo esta ação um dos fatores determinantes para a cultura de segurança do paciente no setor de oncologia, além deste também se faz necessário um acolhimento individualizado, constituído de diálogo e respeito à autonomia do indivíduo. A implantação de protocolos específicos, tais como administração de quimioterápicos, acompanhamento de efeitos colaterais, cuidados com cateteres venosos, dentre outros, evidenciam a necessidade de profissionais cada vez mais especializados, com conhecimento técnico-científico próprios da área, sendo assim, esses profissionais têm subsídios básicos para embasar a prática profissional da enfermagem com vistas à integralidade da atenção do paciente oncológico, proporcionando, assim, um atendimento individualizado e voltado às necessidades do paciente e sua família, promovendo a segurança do paciente em oncologia.

As dimensões de segurança do paciente, segundo Halligan e Zecevic (2011), descrevem as ações de promoção da segurança; melhoria contínua da aprendizagem organizacional; trabalho em equipe nas unidades hospitalares; abertura de comunicação; *feedback* e comunicação sobre erro; resposta não punitiva ao erro; e pessoal e suporte de gestão hospitalar para segurança do paciente. As dimensões em todo o hospital incluíram: trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; e transferências e transições hospitalares (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

## 6.2 Categoria 2: Necessidades dos pacientes

De acordo com Cruz *et al.* (2016), a qualidade do atendimento prestado aos pacientes com câncer sempre comandou a atenção dos profissionais de oncologia. A luta permanente para entender a natureza da doença e o tratamento para preservar ou prolongar a vida exigiu concentrar-se principalmente na segurança do atendimento aos pacientes. Um desses aspectos é a continuidade do atendimento oferecido. É a preocupação com a continuidade que mostra a crença compartilhada na importância de se concentrar no paciente com uma doença, e não na própria doença. Esse interesse no atendimento centrado no paciente requer não apenas a compreensão da natureza da experiência da doença em sua totalidade, mas também a criação de um sistema de prestação de cuidados de saúde com a capacidade de responder adequadamente a diversas necessidades de cuidados ao paciente ao longo do tempo e em uma variedade de ambientes de atendimento.

Garcia *et al.* (2018) evidenciam em seu estudo as necessidades individuais dos pacientes com diagnóstico e tratamento oncológico. Os profissionais da área da Saúde, em muitos casos, não conseguem identificar as necessidades individuais dos seus pacientes, pois estas necessidades não estão relacionadas aos sinais e sintomas da patologia. Neste sentido, ressalta-se a necessidade da comunicação efetiva, a escuta individual, para que este paciente possa trazer suas necessidades, tais como seus anseios do seu estado psicológico, de suas relações interpessoais, de seu modo de locomoção, do medo dos efeitos colaterais das medicações e como pode ser manejado.

Salbego *et al.* (2017) afirmam que o ator central nessa luta é o paciente que busca não apenas a cura, mas o cuidado, bem como sua diversidade étnica e socioeconômica. Os pacientes, agora, se veem como parceiros ou consumidores ativos de cuidados de saúde, considerando que são bem informados sobre questões de custo, responsabilidade e acessibilidade. Eles estão cientes dos avanços científicos e das impressionantes tecnologias que caracterizam os atuais serviços de saúde brasileiros, e geralmente acreditam que têm direito ao melhor que está disponível. Eles também querem mais informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico. Ao mesmo tempo, os pacientes desejam que o atendimento recebido seja atencioso e personalizado. Pacientes com câncer também refletem essa mudança de atitude do público em relação aos cuidados de saúde. Os autores ainda

apontaram que, há décadas, os brasileiros desenvolveram uma nova atitude em relação ao combate ao câncer, sendo caracterizada por uma orientação agressiva, otimista e ativa.

Para Cruz *et al.* (2016), isso aborda o que os pacientes querem dos enfermeiros e de todo o sistema de saúde e mostra uma revolta contra o tratamento tecnológico do câncer. Cruz *et al.* (2016, p. 28) continuam observando opiniões dos pacientes:

Queremos atenção para nós mesmos, nossas almas e emoções, assim como para nossa doença. Queremos uma demonstração de preocupação para nós, como pessoas, e queremos a inclusão de métodos de cura, como nutricionais. Atenção e apoio espiritual e emocional, que demonstram tanta preocupação [...]. Queremos acreditar que o pensamento correto permite ao indivíduo controlar seu próprio câncer. Queremos acreditar que podemos fazer melhor projetando nosso próprio plano de tratamento.

Os profissionais que planejam o atendimento devem levar em consideração o desejo dos pacientes de atenção às necessidades individuais e holísticas, bem como seu interesse em comportamentos promotores de saúde durante o tratamento do câncer (CRUZ *et al.*, 2016).

### **6.3 Categoria 3: Educação em Saúde**

Enfermagem é definida como a prática ou profissão de cuidar de indivíduos de todas as idades, doentes ou saudáveis. Também inclui promoção da saúde e prevenção de doenças de maneira a melhorar sua qualidade de saúde e vida (MANIVA *et al.*, 2018).

Diferentemente, de acordo com Silva *et al.* (2016), a implementação bem-sucedida e eficaz de sistemas computadorizados e outras tecnologias depende muito das atitudes dos enfermeiros em relação ao seu uso.

Segundo Salbego *et al.* (2018), as tecnologias educacionais podem estar inseridas na transmissão de informações para minimizar dúvidas, inquietações, ansiosos do paciente, familiar e/ou cuidador, visando à mudança de comportamentos. Estas informações podem estar materializadas como material educativo, viabilizando o processo de trabalho em saúde, por meio de folders, cartilhas ou simuladores, facilitando a orientação dos profissionais para com os pacientes e familiares, visando ao aprendizado e autonomia dos indivíduos. A tecnologia educacional transcende o

tecnicismo e a mecanização do trabalho, visa proporcionar ao indivíduo uma possibilidade para o desenvolvimento da crítica, construção e/ou fortalecimento do conhecimento adquirido, bem como uma aprendizagem significativa. Ainda no estudo de Salbego *et al.* (2018), eles descrevem que a inserção de tecnologias educacionais, no dia a dia das pessoas em tratamento oncológico, é percebida como uma ferramenta efetiva para a formação de conhecimento crítico, reflexivo, criador e/ou transformador, que possibilita a compreensão dos indivíduos e sua autonomia perante as circunstâncias de vida e saúde.

A educação do paciente é definida como qualquer conjunto de atividades educacionais planejadas, projetadas para melhorar o comportamento, o estado de saúde ou ambos do paciente (HEY *et al.*, 2016). Fornecer ao paciente quantidades significativas de informações, inicialmente, quando a dor neuropática começa, provou ter ajudado o sofrimento do paciente. Isso significa, simplesmente, que quanto mais informações fornecidas, melhor o paciente entende sua dor. Além disso, é importante informar ao paciente que a dor não é um sinal de que o câncer está em remissão, mas sim um efeito do tratamento. Essa informação fornece alívio e ajuda a reduzir os níveis de estresse que podem impedir a recuperação do paciente (MAZZONI *et al.*, 2017).

A importância de informar o paciente sobre os sinais e sintomas da dor pós-tratamento é para que ele possa reconhecer o sintoma da dor e, assim, relatá-lo aos profissionais de saúde. Quanto mais cedo ocorre o tratamento da dor, melhor o resultado. Os sintomas e sinais da dor neuropática diferem e têm sido descritos como dormência, alfinetes e agulhas, queima e facadas, latejante, imprevisível, relâmpago, aguda, aguda, escaldante e dolorida (SCHWAPPACH; GEHRING, 2014).

Portanto, os pacientes têm pouco tempo para se comunicar verbalmente com os profissionais de saúde (BARROS; LIMA; SANTOS, 2015). Muitas vezes, é essencial que o paciente obtenha informações precisas em relação ao tratamento e às possíveis complicações. O objetivo final da educação do paciente é capacitar os pacientes a tomar decisões e participar de seus próprios cuidados. Os profissionais de saúde só podem orientar o paciente capacitando-o através do uso de métodos de educação por meio das tecnologias educacionais (BOURMAUD *et al.*, 2017).

A educação verbal do paciente envolve comunicação direta entre o paciente e o profissional de saúde (enfermeiros, médicos, ginecologista e radioterapeuta). A



educação do paciente é capaz de trazer à luz quaisquer equívocos ou crenças falsas que um paciente possa ter sobre sua condição (GARCIA *et al.*, 2018; BOURMAUD *et al.*, 2017).

Pacientes que receberam educação verbal relataram maior alívio da dor após o tratamento (GARCIA *et al.*, 2018). A educação verbal do paciente envolve comunicação direta entre o paciente e o profissional de saúde. Um grande número de pacientes está disposto a obter mais informações sobre o câncer relacionado à dor, fazendo perguntas ao seu médico. Existe um desejo intenso de conhecer a causa da dor que sentem, como e porque sentem a dor. Os pacientes têm muitas perguntas que não são respondidas como resultado da falta de educação verbal do paciente ou de educação inadequada do médico ou enfermeiro da atenção primária à saúde (GARCIA *et al.*, 2018).

Pacientes que sobreviveram ao câncer relataram que ficariam mais satisfeitos com o tratamento se tivessem discutido sobre tipos de dor que provavelmente sofreriam. Eles queriam saber o tipo de sensação, intensidade, local e duração da dor. É muito difícil para qualquer profissional de saúde que lida com o caso de câncer de mama de uma paciente conhecer todas as informações sobre as dores que são prováveis de ocorrer naquela paciente, devido ao fato de que cada paciente é diferente e responde diferentemente ao tratamento.

No entanto, devido a experiências de trabalho anteriores do profissional de saúde, como enfermeiros, eles devem estar cientes das possibilidades e, assim, oferecer educação aos pacientes. Isso ocorre porque, ao fazer isso, o paciente não ficará surpreso ou assustado quando a dor se manifestar. Os pacientes afirmaram que, ao receber informações em primeira mão, poderiam lidar melhor com seus sintomas e sentir-se menos ansiosos ao sentir dor. Em vez disso, o fato de os pacientes não terem sido informados aumentou tremendamente o medo e a ansiedade. Além disso, os pacientes também queriam ser informados sobre suas opções de controle da dor, como medicamentos analgésicos e medidas não farmacêuticas que podem ser tomadas. Toda essa informação pode ser adquirida pelo paciente através de um método de educação verbal do paciente bem estruturado, fornecido pela enfermeira designada ao caso do paciente (GARCIA *et al.*, 2018).

## **7 PRODUTO: CARTILHA DE PROMOÇÃO DE SEGURANÇA PARA ÁREA DE ONCOLOGIA**

A tecnologia educativa produzida como produto final da presente pesquisa de Mestrado Profissional em Enfermagem foi intitulada como CARTILHA DE ORIENTAÇÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO, conforme (Apêndice A).

A cartilha foi desenvolvida com base na revisão integrativa, sendo organizada por meio das categorias identificadas na busca nas bases de dados, conforme o percurso metodológico.

Sua construção teve como objetivo orientar os pacientes quanto à segurança em oncologia, frente aos achados na literatura. Sendo assim, a cartilha foi constituída de: apresentação da cartilha, um prevê conceito de oncologia, um breve conceito de segurança do paciente, local destinado para que o paciente possa descrever seus anseios e dúvidas, para, assim, ter um atendimento individualizado, como trouxe a literatura da presente pesquisa.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho foi percorrido através da revisão integrativa realizada para identificar quais orientações de segurança do paciente oncológico são indicadas para pacientes, familiares, cuidadores e acompanhantes.

O resultado desta pesquisa proporcionou categorizar as evidências encontradas, sendo elas a segurança do paciente, necessidades dos pacientes e educação em saúde.

A segurança do paciente tem ênfase no papel do enfermeiro como responsável em promover a segurança do paciente, compreender a cultura de segurança do paciente e sua relação com o relato e as percepções do mesmo.

Frente à pesquisa realizada, pode-se entender que a segurança do paciente e a avaliação da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde é uma importante ferramenta de diagnóstico que pode ser usada como um primeiro passo para melhorar e aumentar a conscientização da prática de segurança do paciente nas organizações de saúde em oncologia.

As necessidades dos pacientes em oncologia, que o trabalho evidenciou, estão relacionadas a uma parte da área da saúde muito específica, que não identificou orientações direcionadas, específicas, mas sim descreve as necessidades dos profissionais em concentrar-se na escuta individualizada de cada paciente, suprimindo suas dúvidas e angústias frente ao seu tratamento.

A prestação de cuidados em saúde traz a importância do atendimento centrado no paciente não somente para compreender a doença, mas promover um sistema de prestação de cuidados de saúde com ênfase nas diversas necessidades de cuidados voltados ao paciente.

Neste sentido, ressalta-se a necessidade da comunicação efetiva, a escuta individual por parte dos profissionais de saúde em relação às angústias dos pacientes em tratamento oncológico, sanando as dúvidas com relação ao diagnóstico, se sentirão dor e como manejar, forma de tratamento, vida social, entre outros.

No que diz respeito à educação em saúde por meio de tecnologias educacionais, evidenciou-se, pelos estudos desta pesquisa, que, tanto os profissionais quanto os pacientes, familiares, cuidadores e/ou acompanhantes, perceberam esta tecnologia de forma positiva, visto que esta lhes proporciona

conhecimento contínuo e auxilia no cuidado prestado. Desta forma, as tecnologias educacionais na área da saúde são vistas como aliadas para a redução dos erros associados ao cuidado.

A educação do paciente por meio de tecnologias educacionais subsidiadas por informações relevantes ao paciente na sua individualidade foi evidenciada neste estudo por meio da leitura dos artigos como uma ferramenta na redução do nível de estresse frente ao desconhecido.

Com isto, o objetivo do produto final deste trabalho de mestrado foi a criação de uma cartilha contendo informações de segurança do paciente que possam ser utilizadas nos processos de trabalho dos hospitais como instrumento de apoio às necessidades individuais dos pacientes em oncologia.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-42-de-25-de-outubro-de-2010>>. Acesso em: 06 out. 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 06 out. 2019.

BARBOSA, Maria Helena *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.34614>.

BARROS, Adriana Gonçalves; LIMA, Kálya Yamine Nunes; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. Caracterização de teses e dissertações acerca do cuidar em enfermagem na oncologia. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2550-2560, 2015.

BOURMAUD, A. *et al.* Cancer-related fatigue management: evaluation of a patient education program with a large-scale randomised controlled trial, the PEPs fatigue study. **British Journal of Cancer**, v. 116, n. 7, p. 849, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.**

BRASIL. **Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013**. Altera os arts. 5º, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99-B, 100-A, 100-B e 109-A e revoga o art. 94 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12853.htm)>. Acesso em 06 out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9610.htm)>. Acesso em 06 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em 06 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: **Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

CAUDURO, Fernanda Letícia *et al.* Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2015.

CAUDURO, Graziela Maria Rosa *et al.* Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2019.

COSTA, V.; COSTA A. R. M. Acreditação Hospitalar: uma Ferramenta para Incrementar a Segurança do Paciente? *In.* FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, A. C. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014.

CRUZ, Flávia Oliveira de Almeida Marques *et al.* Validação de manual educativo para pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

FELDMAN, Liliane Bauer; RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 239-242, 2008.

FILHO, J.R.C.B. Segurança do Paciente no Cenário Mundial e no Brasil: uma Breve Revisão Histórica. *In.* FONSECA, A. S; PETERLINI, F.L; COSTA, D. A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014.

GARCIA, Max-Adrien *et al.* Cancer patients treated with intravenous chemotherapy for the first time. What are their needs? What do they lack? A qualitative–quantitative mixed approach. **Patient preference and adherence**, v. 12, p. 1853, 2018.

HALLIGAN, Michelle; ZECEVIC, Aleksandra. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ quality & safety**, v. 20, n. 4, p. 338-343, 2011.

HEY, Ana Paula *et al.* Meios de comunicação utilizados pelos pacientes: informações sobre o câncer após o diagnóstico e durante o tratamento Media used by patients: information about cancer after diagnosis and during treatment. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4697-4703, 2016.

LUIZ, Raíssa Bianca *et al.* Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 880-887, 2015.

MAKARY, Martin A.; DANIEL, Michael. Medical error—the third leading cause of death in the US. **Bmj**, v. 353, p. i2139, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.

MANIVA, Samia Jardelle Costa de Freitas *et al.* Tecnologias educativas para educação em saúde no acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1724-1731, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0041>.

MAZZONI, Vivian Gomes *et al.* Gestão e educação permanente em um hospital oncológico: um estudo descritivo. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3989-3991, 2017.

MONTSERRAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R. S. A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. 1<sup>a</sup> edição, 2013.

NASCIMENTO, João Costa; DRAGANOV, Patrícia Bover. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem revista eletrônica**, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015.

OCDE. Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento. **Estatísticas da Saúde da OCDE 2014**. Paris: Publicação da OCDE, 2014.

OCDE. Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento. **Comentários da OCDE sobre Qualidade dos Cuidados de Saúde: Dinamarca**. Paris: Publicação da OCDE, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>.

OCDE. Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento. **Comentários da OECD sobre a qualidade dos cuidados de saúde: Aumento dos padrões na Coreia**. Paris: Publicação da OCDE, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en>.

OCDE. Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento. **Revisões da Qualidade dos Cuidados de Saúde: Portugal**. Paris: Publicação da OCDE, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.

OCDE. Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento. **Revisões da Qualidade dos Cuidados de Saúde: Reino Unido: Raising Standards**. Paris: Publicação da OCDE, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239487-en>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **World alliance for patient safety, taxonomy: the conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report**. Genebra, 2014.

PANCIERI, Ana Paula *et al.* Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 2029-2036, 2013.

ROCHA MOTTA FILHO, Geraldo *et al.* The WHO Surgical Safety Checklist: knowledge and use by Brazilian orthopedists. **Revista Brasileira de Ortopedia (English Edition)**, v. 48, n. 6, p. 554-562, 2013.

SALBEGO, Cléton *et al.* Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito em desenvolvimento. In: Teixeira E, org. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, p. 31-50, 2017.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>.

SCHWAPPACH, D. L. B.; GEHRING, K. 'Saying it without words': a qualitative study of oncology staff's experiences with speaking up about safety concerns. **BMJ open**, v. 4, n. 5, p. e004740, 2014.

SCHWAPPACH, David L.B.; GEHRING, Katrin. Trade-offs between voice and silence: a qualitative exploration of oncology staff's decisions to speak up about safety concerns. **BMC health services research**, v. 14, n. 1, p. 303, 2014.

SILVA, Aline Teixeira *et al.* Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 292-301, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611123>.

SILVEIRA, Yole; ANDRADE, Kisna; SANTOS, Viviane. Evidências científicas do cuidado de enfermagem e segurança do paciente em unidade de internação oncológica. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 3, 2016.

SINGER, Sara J.; VOGUS, Timothy J. Reducing hospital errors: interventions that build safety culture. **Annual review of public health**, v. 34, p. 373-396, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114439>.

TEIXEIRA, Elisabeth; MEDEIROS, Horácio Pires; NASCIMENTO, Marcia Helena Machado. Referenciais metodológicos para validação de tecnologias cuidativo-educacionais. In: Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP. **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)**, p. 113-27, 2014.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação. **Lua Nova**, n. 83, p. 41-77, 2011.

YANK, Veronica *et al.* Web-based self-management support training for health professionals: a pilot study. **Patient Education and Counseling**, v. 90, n. 1, p. 29-37, 2013.



**APÊNDICE A - CARTILHA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ONCOLÓGICO**