

Mônica Emanuele Köpsel Fusari

## MELHORES PRÁTICAS DE LIDERANÇA DE ENFERMEIROS NA GESTÃO DE RISCO HOSPITALAR

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Coorientadora: Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Florianópolis  
2019



## FOLHA DE ASSINATURAS



*“A enfermeira é temporalmente a consciência do inconsciente, o amor da vida para o suicida, a perna do amputado, os olhos do cego recente, o meio de locomoção para a criança e a voz para aqueles demasiadamente fracos para falar”.*

*Enf<sup>ª</sup> Virgínia Henderson*



## AGRADECIMENTOS

Em meio a muitas incertezas, eu sempre soube onde queria chegar. Nunca foi fácil. Desde cedo aprendi que o caminho é feito pelos nossos próprios passos, por meio de erros e acertos vamos nos transformando no que queremos ser. Na faculdade aprendi a dissociar as pessoas dos profissionais, aprendi a observar comportamentos e atitudes e principalmente a extrair de cada pessoa que passa pelo meu caminho as referências para construir o meu eu. Vejo em cada um como quero ser e o que não posso ser. Assim, aprendi a aprender com os erros e acertos dos outros, para que eu não precise executar todas as tentativas para saber qual será o resultado final.

Esta dissertação é mais um degrau da escada da vida de muitos que consegui superar, porém embora que a maior parte do esforço dependesse somente de mim, seria injusto dizer que estive sozinha durante o caminho e por isso gostaria de agradecer quem sempre esteve do meu lado, independentemente por quanto tempo.

Agradeço a Deus, independente de qual ou quem seja, mas é aquele que nos faz ter fé e força para levar adiante quando sentimos que não tem sentido. De onde viemos? Para onde vamos? Para que, para quem e por que estamos aqui?

À minha família, pois é a minha fonte de segurança. É onde sei que posso voltar a qualquer momento e que sempre haverá um lugar para mim. Em especial ao meu pai Ângelo, minha madrinha Claudete e minha irmã Cíntia. Hoje sou enfermeira pelo incentivo da minha madrinha e mais do que tudo, continuo seguindo o caminho, pois sei que tenho que ser a referência que eu tive para minha irmã Cíntia e meus afilhados Guilherme e Isadora.

À minha mãe Marlene, que partiu cedo demais (1962-2001), mas me deu o maior aprendizado de todos: a força. O que construí dentro de mim nos cinco anos após sua partida valeram cinquenta.

Ao meu melhor amigo e meu amor, Filipe, que não mediu esforços para estar sempre presente, que desde 2012 é meu maior incentivo e que me orgulha a cada dia mais pela pessoa e profissional que é. Todos os dias ao seu lado é um aprendizado. Obrigada por existir e cuidar de mim.

Às minhas amigas, antigas e novas, que fazem os meus dias melhores. Em especial as que estiveram presentes durante esses dois anos de mestrado: Ariana, Stéfany, Vanessa, Joseane e principalmente Larissa, que me abriu as portas, me incentivou a cada minuto e me apoiou em busca de mais essa conquista.

Aos meus colegas de trabalho, diretores e ao Hospital de Olhos de Florianópolis que permitiram e entenderam os momentos em que estive ausente para que essa conquista fosse possível. Principalmente a minha equipe, que é singular e de longe a melhor que já trabalhei.

À todos meus professores, desde a alfabetização (Profª Mary e Profª Salete) onde foi o maravilhoso começo de tudo, aos professores do ensino fundamental ao médio, da graduação e da pós-graduação, pois o seu trabalho transforma vidas.

Aos meus colegas do mestrado e do laboratório de pesquisa Gepades pela convivência e troca de saberes.

À minha orientadora Dra. Betina, por me fazer ver a ciência da enfermagem de uma forma diferente, por compartilhar seu conhecimento e por confiar em mim como uma de suas alunas.

À minha co-orientadora Dra. Gabriela, por ser inspiração profissional e pela disponibilidade, compreensão e orientação em todos os momentos que precisei.

Aos membros da banca de avaliação, tanto da qualificação do projeto, como da própria dissertação, por contribuírem com a concretização deste estudo.

À Universidade Federal de Santa Catarina por permitir que um sonho se tornasse verdade, o de poder fazer parte da sua história, ser sua aluna e sentir orgulho por fazer parte disto.

Aos enfermeiros, sujeitos desta pesquisa, por disponibilizarem seu tempo com paciência e compreensão, compartilhando sua vivência e contribuindo não somente com a pesquisa acadêmica, mas com a construção da minha história profissional.

Agradeço também a todas as demais pessoas que diretamente ou indiretamente viabilizaram a concretização deste estudo. **Muito obrigada!**



FUSARI, Mônica Emanuele Köpsel. **Melhores práticas de liderança de enfermeiros na gestão de risco hospitalar**. 2019. 189f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Orientadora: Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles. Coorientadora: Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

## RESUMO

A segurança do paciente é uma responsabilidade de todos os profissionais da saúde e o assunto se tornou pauta emergente de discussão em âmbito global. A criação de uma cultura de segurança justa e eficaz propicia fornecer cuidados de alta qualidade aos pacientes, através do trabalho de uma equipe inteira. Em virtude disso, a liderança se torna uma habilidade essencial no engajamento dos profissionais para fortalecer as práticas de segurança, seja de maneira direta ou indireta. O enfermeiro, líder intrínseco, tem como desafio promover o pensamento crítico e transformar o ambiente hospitalar em um local mais seguro através de uma visão compartilhada e multidimensional. Trata-se de um estudo de caso único com duas unidades integradas de análise, de abordagem qualitativa, seguindo a metodologia de Yin (2015). O objetivo foi evidenciar as melhores práticas de liderança do enfermeiro que contribuem para a gestão de riscos nos hospitais públicos de Santa Catarina. Foi desenvolvido com enfermeiros gestores de dois hospitais da Rede Sentinela, que realizavam atendimento de caráter generalista para a população adulta de um município do Estado de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu de abril a novembro de 2018 através da técnica de triangulação, com entrevistas focadas, observação não participante e pesquisa documental. A análise dos dados seguiu a técnica da construção da explicação, que originou três categorias analíticas: Liderança e habilidades do enfermeiro para a efetiva gestão de riscos; Práticas de enfermagem pautadas em diretrizes de qualidade para a segurança do paciente; e A importância do conhecimento na liderança do enfermeiro e no desenvolvimento da cultura de segurança. Os resultados deste estudo evidenciaram que os enfermeiros precisam aprimorar sua capacidade de liderança que é inerente à profissão, entendendo que não necessariamente precisam estar em um cargo formal de gestão, mas eles podem ser influentes para cada uma daquelas pessoas que prestam cuidados diários para os pacientes. As melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão de risco hospitalar ultrapassam o âmbito do aprimoramento de técnicas e conhecimento, pois há o reconhecimento da individualidade de

cada membro da equipe, favorecendo seus pontos fortes para a oferta de um cuidado seguro e com qualidade aos pacientes, fomentando o espírito de liderança de cada profissional. O uso de ferramentas de qualidade e o apoio das ações dos enfermeiros na prática baseada em evidências contribuem para a construção de uma cultura de segurança do paciente em âmbito hospitalar.

**Palavras-chave:** Liderança; Enfermagem; Segurança do Paciente; Melhores Práticas.

## ABSTRACT

Patient safety is a responsibility of all health professionals and the subject has become an emerging forum for discussion at the global level. Creating a fair and effective safety culture provides high-quality patient care through the work of an entire team. As a result, leadership becomes an essential skill in engaging professionals to strengthen safety practices, either directly or indirectly. The nurse, the intrinsic leader, has the challenge of promoting critical thinking and transforming the hospital environment into a safer place through a shared and multidimensional vision. It is a unique case study with two integrated units of analysis, of qualitative approach, following the methodology of Yin (2015). The objective was to highlight the best practices of nurse leadership that contribute to risk management in public hospitals in Santa Catarina. It was developed with nurse managers from two hospitals of the Sentinela Network, which performed general care for the adult population of a municipality in the State of Santa Catarina. Data collection took place from April to November 2018 through the triangulation technique, with focused interviews, non-participant observation and documentary research. Data analysis followed the technique of explanation construction, which gave rise to three analytical categories: Nursing leadership and skills for effective risk management; Nursing practices based on quality guidelines for patient safety; and The importance of knowledge in nurses' leadership and in the development of safety culture. The results of this study showed that nurses need to enhance their leadership capacity, which is inherent in the profession, understanding that they do not necessarily need to be in a formal management position, but they can be influential for each of those people who provide daily care to patients . The best leadership practices of nurses in hospital risk management go beyond the scope of improvement of techniques and knowledge, as there is recognition of the individuality of each member of the team, favoring their strengths to offer a safe and quality care to patients , fostering the spirit of leadership of each professional. The use of quality tools and the support of nurses' actions in evidence-based practice contribute to the construction of a patient safety culture in the hospital setting.

**Keywords:** Leadership; Nursing; Patient safety; Best Practices.



## RESUMEN

La seguridad del paciente es una responsabilidad de todos los profesionales de la salud y el tema se ha convertido en una pauta emergente de discusión a nivel global. La creación de una cultura de seguridad justa y eficaz propicia proporcionar cuidados de alta calidad a los pacientes, a través del trabajo de un equipo entero. En virtud de ello, el liderazgo se vuelve una habilidad esencial en el compromiso de los profesionales para fortalecer las prácticas de seguridad, ya sea de manera directa o indirecta. El enfermero, líder intrínseco, tiene como desafío promover el pensamiento crítico y transformar el ambiente hospitalario en un lugar más seguro a través de una visión compartida y multidimensional. Se trata de un estudio de caso único con dos unidades integradas de análisis, de abordaje cualitativo, siguiendo la metodología de Yin (2015). El objetivo fue evidenciar las mejores prácticas de liderazgo del enfermero que contribuyen a la gestión de riesgos en los hospitales públicos de Santa Catarina. Fue desarrollado con enfermeros gestores de dos hospitales de la Red Centinela, que realizaban atención de carácter generalista para la población adulta de un municipio del Estado de Santa Catarina. La recolección de datos ocurrió de abril a noviembre de 2018 a través de la técnica de triangulación, con entrevistas enfocadas, observación no participante e investigación documental. El análisis de los datos siguió la técnica de la construcción de la explicación, que originó tres categorías analíticas: Liderazgo y habilidades del enfermero para la efectiva gestión de riesgos; Prácticas de enfermería pautas en directrices de calidad para la seguridad del paciente; y la importancia del conocimiento en el liderazgo del enfermero y en el desarrollo de la cultura de seguridad. Los resultados de este estudio evidenciaron que los enfermeros necesitan perfeccionar su capacidad de liderazgo que es inherente a la profesión, entendiendo que no necesariamente necesitan estar en un cargo formal de gestión, pero ellos pueden ser influyentes para cada una de aquellas personas que prestan cuidados diarios para los pacientes. Las mejores prácticas de liderazgo de los enfermeros en la gestión de riesgo hospitalario sobrepasan el ámbito del perfeccionamiento de técnicas y conocimiento, pues hay el reconocimiento de la individualidad de cada miembro del equipo, favoreciendo sus puntos fuertes para la oferta de un cuidado seguro y con calidad a los pacientes, fomentando el espíritu de liderazgo de cada profesional. El uso de herramientas de calidad y el apoyo de las acciones de los enfermeros en la práctica basada en evidencias contribuyen a la

construcción de una cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.

**Palabras clave:** Liderazgo; enfermería; Seguridad del paciente; Mejores prácticas.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria do queijo suíço. ....	40
Figura 2. Etapas do processo de gestão de riscos sanitários em estabelecimentos de saúde.....	42
Figura 3 - Distribuição de hospitais na Rede Sentinela no Brasil, 2014.....	47
Figura 4 - Prisma de Revisão de Escopo .....	66
Figura 5 - Estudo de caso único integrado .....	86
Figura 6 - Diagrama de análise dos dados.....	91





## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Conceitos-chave da classificação internacional de segurança do paciente da OMS .....	36
Quadro 2 - Graus dos eventos adversos .....	43
Quadro 3 - Perfis e critérios dos hospitais da Rede Sentinela .....	50
Quadro 4 - Estilos de liderança. ....	51
Quadro 5 - Estratégias de busca em bases de dados para a revisão de escopo.....	63
Quadro 6 - Compilado dos artigos selecionados para a revisão do escopo. ....	67



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Tempo de atuação profissional das enfermeiras entrevistadas.....	98
---	----



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
<i>DALY</i>	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
EUA	Estados Unidos da América
FMEA	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
GEPADES	Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
IN	Instrução Normativa
MBE	Medicina Baseada em Evidências
NBR	Norma Brasileira Regulamentadora
NOTIVISA	Sistema de notificação em Vigilância Sanitária
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NUCRON	Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PBE	Prática Baseada em Evidências
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão

Proadi-SUS	Projeto Quali Hospitalar e Reestruturação de Hospitais Públicos
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem em Segurança do Paciente
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UIA	Unidade Integrada de Análise
USPTF	<i>United States Preventive Service Task Force</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGIPÓS	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	25
1.1 OBJETIVOS .....	31
1.1.1 Objetivo geral .....	31
1.1.2 Objetivos específicos .....	31
<b>2. REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA .....</b>	<b>33</b>
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE EM SAÚDE ....	33
2.2 GESTÃO DE RISCOS EM SAÚDE.....	39
2.3 REDE SENTINELA .....	45
2.4 LIDERANÇA E ENFERMAGEM .....	50
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>55</b>
3.1 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E AS MELHORES PRÁTICAS .....	55
3.2 MANUSCRITO 1.: PREVENÇÃO DE RISCOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA OS GESTORES DE ENFERMAGEM .....	60
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>85</b>
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	85
4.2 LOCAL DE ESTUDO .....	86
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	87
4.4 COLETA DE DADOS: TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS.....	88
4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	89
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	92
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>95</b>
5.1 RELATÓRIO INDIVIDUAL DO CASO .....	95
5.1.1 Contextualização do caso .....	95
5.1.2 Descrição das Unidades Integradas de Análise .....	97
5.2 MANUSCRITO 2: MELHORES PRÁTICAS DE LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DO RISCO HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO .....	99
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>147</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>175</b>

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO .....	176
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL ..	179
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENFERMEIROS .....	182
<b>ANEXOS.....</b>	<b>185</b>
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	186



## 1. INTRODUÇÃO

A segurança é um dos princípios da qualidade da assistência em saúde, considerada como um atributo indissociável do cuidado, uma vez que instituições que adotam comportamentos seguros, conseqüentemente, aumentam a qualidade de seus serviços. Por conseguinte, esta questão vem sendo cada vez mais difundida na área da saúde, principalmente no ambiente hospitalar (GÖTTEMS, 2016).

Todavia, mesmo considerando as habilidades, o conhecimento, a experiência e a boa vontade, profissionais e sociedade estão condicionados a implicações de um sistema onde não existe perfeição, ou seja, está suscetível a falhas que podem impactar permanentemente na condição de saúde ou doença dessa sociedade (REASON, 2009).

Por isso, autoridades do mundo inteiro estudam estratégias que tenham como intuito melhorar a qualidade e a segurança na área da saúde. É necessário compreender a factibilidade das falhas por fatores humanos e reconhecer que “não se pode organizar os serviços de saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Errar é humano. Cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente” (BRASIL, 2014a, p. 16).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), o erro ocorre quando há um incidente ou falha no processo de assistência à saúde que seja de caráter não intencional. Quando este incidente atinge o paciente causando alguma lesão ou dano desnecessário, ou seja, não relacionado ao plano terapêutico, ele é denominado um evento adverso. Os eventos adversos mais recorrentes são provenientes de erros de medicação, falhas na identificação dos pacientes, erros relacionados a intervenções cirúrgicas, infecções decorrentes da assistência em saúde, entre outros.

Alguns dados importantes sobre a segurança na área da saúde demonstram que os danos relativos à ocorrência de eventos adversos são a 14ª causa principal da carga global de doenças no mundo, sendo comparada em alguns países ao mesmo peso de prevalência de doenças crônicas como alguns tipos de câncer e esclerose múltipla. Também há de se considerar o alto impacto financeiro despendido com o tratamento dos eventos adversos, pois equivalem a 15% do total das despesas com internações hospitalares (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

Em um estudo de revisão que contou com a inclusão de mais de 4.000 artigos sobre segurança do paciente, realizado por Jhá *et al.* (2013), foi verificado que, de 421 milhões de internações hospitalares estimadas

anualmente no mundo, cerca de 42,7 milhões foram atingidas por algum evento adverso. Adequando esses valores aos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years – DALYs*), o resultado foi de 23 milhões de DALYs por ano, principalmente em países de baixa e média renda.

Nos Estados Unidos da América (EUA), estima-se que um indivíduo adulto passará por um erro de diagnóstico no mínimo uma vez na vida, e as causas mais comuns de eventos adversos correspondem a infecções contraídas no hospital, tromboembolismo venoso, úlceras por pressão, erros de medicação, erros de diagnóstico e falhas envolvendo procedimentos cirúrgicos, sendo a maioria completamente evitáveis (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

Já, em âmbito nacional, os relatórios divulgados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em julho de 2017, apontaram para um total de 134.501 notificações de eventos adversos em um período de pouco mais de 3 anos, e, destes, 766 resultaram em óbitos. Porém os sistemas de notificação ainda não são capazes de fornecer informações fidedignas quanto à situação real da saúde no Brasil pela baixa adesão das organizações aos programas governamentais, resultando em subnotificação ou mesmo em eventos não identificados pela equipe de saúde (BRASIL, 2017a).

Um estudo realizado pelos pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) demonstrou que no Brasil, de uma maneira geral, a mortalidade associada aos eventos adversos decorrentes de internações hospitalares é estimada entre 104.187 a 434.112 óbitos por ano. Portanto, seguindo este panorama, os eventos adversos podem estar entre a 1ª e a 5ª maior causa de morte no país. Ainda, mesmo que para a análise financeira esta pesquisa tenha considerado somente os gastos hospitalares do sistema de saúde privado, foi estimado que as despesas para o tratamento decorrentes de falhas na assistência à saúde podem ultrapassar R\$ 15 bilhões de reais por ano (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Esta situação alarmante na rede hospitalar brasileira pode ser consequência do não atendimento aos requisitos mínimos necessários para a promoção da segurança assistencial no que se refere à estrutura física, dimensionamento de pessoal e controle dos processos. O próprio modelo de gestão e pagamento dos hospitais não incentiva a qualificação, visto que a remuneração tanto no sistema público quanto no privado é realizada por procedimento, independente do resultado, onde os custos são absorvidos tanto para atendimentos com maior nível de qualidade, quanto para aqueles que sofreram eventos adversos e obtiveram gastos

muito maiores em decorrência do tratamento das falhas (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Além disso, a mortalidade e a incapacidade temporária ou permanente por eventos adversos, frente a esses números elevados, podem afetar significativamente a economia das nações e sem dúvida diminuir a confiança que a sociedade tem no atendimento oferecido pelos sistemas de saúde, o que justifica o investimento em iniciativas de prevenção e de melhoria da qualidade na área (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

É fundamental que sejam desenvolvidas ações para a incorporação de uma cultura de segurança na saúde, a começar pela instituição de padronizações e indicadores de qualidade, oferta de treinamento e capacitação para os profissionais de saúde. Ainda, os sistemas de informação devem ser aperfeiçoados para que sejam aliados confiáveis aos protocolos de segurança, à promoção de lideranças sólidas e motivadas para o alcance dos melhores resultados e ao envolvimento do paciente como protagonista do cuidado e participante ativo das ações de segurança (OLIVEIRA *et al.*, 2014; MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

Nesse sentido, foram crescentes as preocupações acerca do tema e a movimentação da OMS, em parceria com diversos países, na tentativa de amenizar os danos decorrentes da assistência em saúde, estimulando a criação da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) nos EUA em 2000, da *National Patient Safety Agency* (NPSA) no Reino Unido em 2001, da *World Alliance for Patient Safety* da OMS em 2004, do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) em 2005 nos EUA, da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) no Brasil em 2008. Além disso, as ações brasileiras propiciaram a operacionalização do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013 (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

No Brasil, a instituição da Portaria nº 529 de 2013 foi um importante sinal de alerta para que profissionais e gestores reavaliassem os serviços que estavam sendo oferecidos aos usuários e as condições de segurança promovidas para garantir um atendimento de qualidade à população. O objetivo é que todos estejam unidos ao propósito da entrega do melhor resultado com o menor custo possível (BRASIL, 2013c).

Além do PNSP, outro programa brasileiro que merece destaque nas atividades de melhoria da qualidade dos serviços e segurança hospitalar é a Rede Sentinela, instituído em 2002, pela ANVISA, para fazer a avaliação e fornecer subsídios para o controle de produtos e equipamentos

utilizados para assistência da saúde, bem como para avaliação das falhas decorrente dos processos e serviços (BRASIL, 2017b).

A Rede Sentinela integra hospitais do país inteiro de maneira voluntária, e estes promovem ações internas de notificação de incidentes para monitorar a qualidade de todos os insumos da área da saúde, como medicamentos, equipamentos, materiais, órteses e próteses, hemocomponentes, *kits* para exames laboratoriais, saneantes, produtos estéticos e também as falhas na assistência que resultem ou não em eventos adversos para os pacientes (BRASIL, 2017b).

O sistema de notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) é alimentado pelos dados da Rede Sentinela e permite que seja realizada uma avaliação geral da segurança de cada instituição de saúde, possibilitando a implantação de uma política de gestão de riscos hospitalares. Desde que o PNSP passou a ser uma exigência sanitária nacional, em 2013, os hospitais têm dado mais atenção às questões de segurança, porém ainda de forma incipiente (BRASIL, 2013b).

Dessa maneira, é necessário que cada instituição hospitalar desenvolva uma política que estimule a cultura de segurança dentro da organização, com o envolvimento dos profissionais em uma perspectiva individual e de grupo, assumindo o compromisso com a gestão de riscos aos quais os pacientes estão expostos, para evitá-los. A gestão de riscos deve ser parte da filosofia da instituição, estando presente nas práticas cotidianas e abarcando todos os profissionais, desde gestores até operadores do cuidado (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

O processo de gestão de riscos visa reconhecer situações que podem comprometer negativamente a assistência de saúde, bem como explorar oportunidades de melhoria. Neste sentido, é notável que a equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental neste processo, pois são os profissionais que estão atuantes na linha de frente do cuidado e permanecem por mais tempo ao lado do paciente (CALDANA *et al.*, 2015).

Por prestarem a assistência direta e observação contínua aos pacientes, a equipe de enfermagem constitui a categoria profissional que realiza o maior número de intervenções durante a internação hospitalar, estando, nesse caso, mais suscetível às falhas do processo. Ao mesmo tempo em que também é relacionada como uma das principais barreiras no controle de riscos que podem atingir os pacientes dentro dos hospitais (CALDANA *et al.*, 2015).

Outrossim, a implementação de processos que priorizem a segurança vai ao encontro do conceito da Prática Baseada em Evidências (PBE), no qual o enfermeiro deve ser crítico e reflexivo, capaz de buscar

as evidências científicas atuais e relevantes que estejam disponíveis para fortalecer a tomada de decisão frente ao planejamento do cuidado, levando em consideração os valores, a cultura e as preferências do paciente, além da sua experiência e habilidade técnica para a execução daquela prática. O uso da PBE é difundido em países desenvolvidos como uma forte aliada nas ações de qualidade, principalmente no ambiente hospitalar (MELNIK *et al.*, 2012; STETLER, 1998).

A melhoria contínua em busca da qualidade é motivada por condições que são inerentes à cultura organizacional, porém também a fatores intrínsecos e individuais de cada profissional envolvido no processo de cuidar. Stetler *et al.* (2014) destacam que o uso de evidências validadas deve partir de profissionais que assumem cargos de liderança dentro das instituições, como os enfermeiros, uma vez que estes profissionais assumem funções que entrelaçam todos os níveis organizacionais e são potenciais multiplicadores das Melhores Práticas.

Diante da utilização das evidências para a melhoria da qualidade da assistência, outros conceitos começaram a ser difundidos na área da saúde. Os resultados advindos de estudos da PBE são compilados e divulgados aos profissionais como recomendações de Boas Práticas, também conhecidos como *guidelines*, e dentro das recomendações das Boas Práticas ainda podem ser destacadas as Melhores Práticas, estas consideradas como de excelência (HINRICHSEN, 2012).

Já o *College of Nursing*, da Universidade de IOWA (2017), destaca as Melhores Práticas como um conjunto de evidências que obtiveram melhores resultados na prática e são passíveis de reprodutibilidade, mesmo com adaptações e modificações quando aplicadas a outros serviços. O maior objetivo da definição das Melhores Práticas é que elas sejam recentes, relevantes e úteis, baseadas em pesquisas e que possam ser aplicadas nas intervenções de enfermagem.

É evidenciado que o contexto institucional, bem como a existência de profissionais-chave são determinantes no sucesso dos programas de implementação de Melhores Práticas de uma instituição. Stetler *et al.* (2014) destacam que a competência de liderança engloba comportamentos multifacetados e entrelaçados em todos os níveis organizacionais que são persistentes, estratégicos e funcionais, capazes de transformar um ambiente e, por isso, ela é considerada fundamental no processo de implantação da melhoria contínua.

Diante da atividade do gerenciamento da equipe e das unidades hospitalares, o enfermeiro, como líder, tem o papel fundamental de orientar e incentivar a adoção de práticas seguras dentro da rotina de gestão do cuidado de enfermagem. Dessa forma, ele é visto como um

profissional que necessariamente precisa desenvolver habilidades e competências de liderança para coordenar a equipe de enfermagem e estar à frente do cuidado aos pacientes, promovendo uma assistência segura e com qualidade mediante a adoção das boas práticas de enfermagem (ARUTO; LANZONI; MEIRELLES, *et al.*, 2016).

A liderança do enfermeiro também é citada como um importante meio de interação entre os vários profissionais envolvidos no cuidado, fortalecendo a implementação de melhores práticas de assistência de modo integrado, exercendo relevante influência na promoção de um cuidado seguro (FERREIRA; DALL'AGNOL; PORTO, 2016).

Por conseguinte, após o estudo substanciado do tema acerca da segurança do paciente para embasar minha atividade profissional, como enfermeira responsável técnica de uma unidade hospitalar especializada, foi identificada a relevância deste assunto em âmbito global. Durante o meu processo de graduação (nos anos de 2008-2012), diante de diversas atividades, não recebi estímulo para inserção em pesquisas voltadas para a área da qualidade e segurança hospitalar, o que me trouxe desafios na prática, tanto no cuidado direto ao paciente, quanto na coordenação de equipes.

Da mesma forma, até antes de concluir a formação, não havia ouvido falar sobre o programa da Rede Sentinela, o que despertou curiosidade sobre o tema, objetivando compreender melhor o funcionamento *in loco* para disseminar a experiência vivenciada com os colegas de profissão e, talvez, subsidiar a implantação do programa em mais unidades hospitalares.

E, por fim, considerando a relevância do tema e a importância de estudos que enfoquem as práticas de liderança desenvolvidas pelos enfermeiros na gestão do risco hospitalar, surgiu a questão desta pesquisa: **Como as melhores práticas de liderança do Enfermeiro contribuem para a Gestão de Risco Hospitalar?**

Compreendendo que o sistema de saúde é uma entidade diferenciada e que é abrangida por diversas influências multifatoriais, se faz necessária uma abordagem reflexiva que seja capaz de perceber as evidências considerando as seguintes proposições: (1) A liderança de enfermagem é uma das principais habilidades gerenciais que o enfermeiro precisa desenvolver para realizar a efetiva gestão de riscos dentro de uma unidade hospitalar; (2) As práticas de enfermagem devem estar pautadas nas premissas de qualidade e segurança, seguindo protocolos e diretrizes internacionais considerando as práticas baseadas em evidências aplicadas e difundidas pelos enfermeiros que exercem cargos de liderança; (3) O enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, exerce papel

fundamental na identificação e prevenção da ocorrência de eventos adversos, bem como na notificação dos eventos e na disseminação de uma cultura de segurança do paciente; e (4) A Participação dos hospitais na Rede Sentinela predispõe ao estabelecimento de uma cultura de Gestão de Risco e Segurança do Paciente.

### **1.1 OBJETIVOS**

#### **1.1.1 Objetivo geral**

Evidenciar as melhores práticas de liderança do enfermeiro que contribuem para a Gestão de Risco Hospitalar em hospitais públicos de Santa Catarina.

#### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Conhecer as ferramentas de liderança utilizadas pelos enfermeiros no processo de Gestão de Risco Hospitalar.
- Analisar as práticas de liderança utilizadas pelos enfermeiros na gestão de risco hospitalar à luz do conceito de melhores práticas em enfermagem.





## 2. REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Para o embasamento do tema deste estudo, foi realizada uma revisão narrativa de literatura com base em publicações nacionais e internacionais acerca dos assuntos que envolvem a segurança do paciente, a gestão de riscos e a liderança do enfermeiro.

A busca das publicações ocorreu no decorrer do ano de 2017, nas bases de dados BIREME, PubMed/MedLine, LILACS, CINAHL, SciELO, BDENF, CUIDEN, Scopus e *Web of Science*, além dos repositórios de teses e dissertações da plataforma Capes e de publicações governamentais e de renomados institutos de pesquisa, tanto brasileiros, quanto internacionais.

A partir dessa revisão pode-se destacar que os temas acerca da qualidade e da segurança na assistência em saúde têm se tornado alvo de atenção de pesquisadores, principalmente nas últimas décadas, e que é crescente a preocupação da sociedade diante da melhoria contínua dos serviços oferecidos à população. Com isso, o enfermeiro passou a ter destaque neste processo, principalmente no âmbito hospitalar, por ser o profissional que coordena a equipe de enfermagem, que é a que realiza o maior número de intervenções nos pacientes, estando mais suscetível a falhas, e ao mesmo tempo se tornou parte fundamental na garantia de um cuidado qualificado, como estará descrito a seguir.

### 2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE EM SAÚDE

O cuidado à saúde humana deve ser pautado primariamente por uma relação de confiança entre profissional e paciente, pois o bem mais precioso que uma pessoa pode ter – a sua vida – é colocado à disposição do cuidado de outra pessoa. Culturalmente o julgamento do saber empodera o profissional de saúde diante do atendimento à sociedade. A presunção do conhecimento e da habilidade técnica também comprovam o poder frente à atividade e alimentam as duas vias de confiança, seja de quem cuida ou de quem é cuidado (PINHEIRO; JUNIOR, 2017).

A relação de confiança entre as pessoas é trazida para iniciar a discussão acerca do tema da segurança, pois é entendido que as duas vias remetem a uma conotação relativa e sugestiva de dependência, principalmente na área da saúde, mas que gerou descrédito quando foram apresentados resultados de alguns estudos (descritos a seguir) que visavam mensurar a qualidade do atendimento à saúde de determinadas populações. O apontamento de fatos até então ignorados mostrou que todos os sistemas estão propensos a falhas (REASON, 2009), sejam

humanas ou de processos, até mesmo na área da saúde, onde o resultado de um pequeno erro pode impactar permanentemente na condição de vida da pessoa atingida e da sua família.

Conceitualmente, a qualidade nos serviços de saúde se dá por um conjunto de atributos que inclui o uso eficiente dos recursos disponíveis, excelência profissional, risco mínimo aos pacientes e alto grau de satisfação dos usuários (OMS, 1981). A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO, 1998) considera que, além disso, a qualidade corresponde ao grau em que os serviços de saúde atingem as necessidades da população de forma consistente e baseada em conhecimentos científicos. Nesse sentido, a segurança se torna uma dimensão da qualidade, uma vez que o cuidado inseguro distancia o alcance dos melhores resultados para os pacientes.

Vincent (2010) afirma que medidas de segurança dos pacientes contribuem para a qualidade do cuidado na saúde na medida em que demonstram como as atividades desenvolvidas podem ser danosas aos pacientes de acordo com o impacto do erro e as consequências do dano. Ainda, enfatiza a relação sobre a segurança e o desempenho humano, chamando a atenção para o erro, sua natureza e as suas causas. Utiliza e introduz modelos de segurança e qualidade consolidados na indústria para a área da saúde, com novas técnicas e ferramentas para a melhoria do cuidado.

É importante destacar que o debate acerca da qualidade em saúde iniciou nos EUA, em 1974, quando duas associações se uniram para um estudo que visava mensurar os custos do tratamento dos pacientes em relação ao seu seguro de saúde, porém as descobertas foram além da mensuração dos custos e serviram de alerta para uma face não bem gerenciada do setor. Foram investigados mais de 21 mil prontuários de pacientes hospitalizados em 23 hospitais da Califórnia e identificado que a ocorrência de eventos adversos chegava ao resultado de 4,6% (MILLS, 1978).

Os eventos adversos não estão relacionados ao tratamento ou à condição de saúde em si, mas são decorrentes do processo de assistência à saúde. Os incidentes podem ser de caráter intencional ou não. Quando o incidente não é considerado intencional, ele é conceituado como um erro (OMS, 2012).

Brennan *et al.* (1991) realizaram outro importante estudo sobre a ocorrência de eventos adversos nos EUA pela Universidade de *Harvard*, que foi publicado no *The New England Journal of Medicine*. A pesquisa fez a revisão de mais de 30 mil prontuários na cidade de Nova Iorque e divulgou resultados que mostraram que 3,7% dos pacientes que foram

hospitalizados naquele cenário sofreram ao menos um evento adverso e, desses, 13,6% foram a óbito.

O grande marco para o início da efetiva preocupação com a segurança dos pacientes se deu após a divulgação de um relatório do *Institute of Medicine* dos EUA intitulado “*To Err is Human*”, em 1999. Esse relatório se baseou em um estudo retrospectivo que revisou prontuários em hospitais dos EUA e apontou que a cada ano ocorrem cerca de 100 mil mortes decorrentes de eventos adversos, uma taxa maior do que muitas doenças conhecidas, como câncer de mama e Aids, se tornando a oitava maior causa de mortes nos EUA (KOHN et. al, 2000).

Kohn *et al.* (2000) ressaltaram outra importante situação nesse relatório com a estimativa sobre os gastos decorrentes do tratamento das complicações dos eventos adversos, que foram de 17 a 29 bilhões por ano nos EUA. Esta é uma preocupação global, pois danos advindos das falhas ocasionam agravos à situação dos pacientes, podendo demandar novas intervenções e o prolongamento do tempo de internação hospitalar, aumentando o custo efetivo dos tratamentos de saúde.

O impacto nos EUA foi tamanho que gerou mudanças nas formas de pagamento dos seguros de saúde para as instituições hospitalares quando a auditoria concluía que os gastos eram demandados de eventos adversos evitáveis ou ineficiência da assistência em saúde (MILAGRES, 2015). Este movimento está sendo incorporado pelas operadoras e seguradoras de saúde no âmbito mundial, estimuladas pelas certificações e creditações de qualidade para melhorar os serviços e reduzir custos (COSTA, 2011).

A partir desses apontamentos, foram pautadas algumas questões pela OMS (2012) para diminuir a incidência de eventos adversos que se basearam primeiramente em compreender que o tema segurança do paciente é de extrema importância e precisa ser uma prioridade nas ações de gestão dos serviços de saúde, e que as falhas não estavam somente nas pessoas e sim nos processos, onde todo o sistema deveria ser revisto e organizado.

A partir disso, países de todo o mundo começaram a mobilizar grupos de discussão sobre o assunto, e, em 2004, a OMS criou a *World Alliance for Patient Safety*, hoje conhecida como *Patient Safety Program*, com objetivo de unificar conceitos sobre segurança do paciente e propor medidas de mitigação de eventos adversos, com ênfase nas campanhas de higienização das mãos e na promoção de cirurgias mais seguras (OMS, 2005; BRASIL, 2014 a).

Para iniciar o processo de organização das estratégias para melhoria da qualidade e segurança na assistência à saúde, a OMS

desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, que organizou as definições e conceitos das palavras-chave utilizadas na segurança do paciente (BRASIL, 2014 a). O Quadro 1 elenca algumas definições importantes para a compreensão da problemática deste estudo.

Quadro 1 - Conceitos-chave da classificação internacional de segurança do paciente da OMS

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near Miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: Brasil, 2014a.

Nesse mesmo contexto, em 2005, a *Joint Comission International* (JCI), uma das mais importantes organizações de certificação de qualidade em assistência à saúde, foi designada como Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”, tendo como papel elaborar e difundir ações de referência para a promoção de ambientes mais seguros para a saúde em nível mundial (CBA, 2010). A partir daí foram lançadas recomendações para nortear a reestruturação dos processos dos serviços de saúde.

Hinrichsen (2012) destaca as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente da OMS, que foram criadas com a proposta de promover melhorias em áreas específicas e problemáticas de assistência à saúde e que devem direcionar as instituições para a promoção de um ambiente seguro. São elas:

- 1. Identificar corretamente os pacientes;
- 2. Melhorar a comunicação entre os profissionais da saúde;
- 3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;

- 4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
- 5. Higienizar as mãos para evitar infecções;
- 6. Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Porém, mesmo após alguns anos da divulgação dessas metas, um relatório da *Agency for Healthcare Research Quality* (AHRQ), agência americana líder no apoio à pesquisa para redução das falhas em saúde, mostrou que, de maneira geral, houve poucos progressos na questão de segurança do paciente, e que os sistemas de saúde ainda não estão devidamente abrangidos por esta conscientização (AHRQ, 2012).

No Brasil, alguns estudos já demonstravam uma realidade preocupante, onde Nascimento *et al.* (2008) concluíram que cerca de 50% a 70% do total dos eventos adversos detectados ocorriam no pronto-socorro, e, destes, 60% eram evitáveis. Porém, uma pesquisa mais recente apontou que a maioria dos eventos adversos notificados em um hospital na região Sul ocorreu na unidade de internação, posto que o maior percentual foi atribuídos a quedas (45,4%) e a erros de medicação (16,7%) (LORENZINI; SANTI; BÃO, 2014).

Dados de uma pesquisa realizada por Couto, Pedrosa e Rosa (2016) apontaram uma realidade mais preocupante do que já se pensava. Ao analisar as internações hospitalares no Brasil, os pesquisadores verificaram que a mortalidade associada aos eventos adversos pode estar entre a 1ª e a 5ª maior causa de mortes, assim, estima-se que de 104.187 a 434.112 possíveis óbitos estejam associados a eventos adversos hospitalares por ano. Além disso, é destacado que cerca de 15,5 bilhões de reais são gastos no sistema privado para o tratamento de eventos ocasionados pela insegurança hospitalar.

Todos esses dados reforçam a importância que o assunto tem na sociedade. Desde que o tema vem sendo discutido mundialmente, o Brasil tem adotado medidas e ações ordenadas para ampliar a atuação dos profissionais e instituições na segurança dos pacientes, demonstrando preocupação com as práticas, bem como com as tecnologias envolvidas no processo de atenção à saúde (GÖTTEMS *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016).

No Brasil, um marco para a segurança na assistência à saúde se deu em 2007, com a proposta da ANVISA de elaborar ações de segurança nos serviços de saúde para se adequar às recomendações da OMS (ANVISA, 2007). Todavia, a movimentação entre os profissionais também se fez presente, quando, em 2008, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) que, em consonância com os

objetivos da Rede Internacional de Enfermagem em Segurança do Paciente (RIENSP) da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realiza um conjunto de pesquisas e ações para gestão, assistência, informação e educação voltadas ao assunto da segurança do paciente (CALDANA *et al.*, 2015).

Conforme Caldana *et al.* (2015), a REBRAENSP está presente em 11 estados brasileiros, com 24 polos, e tem a participação de mais de 600 enfermeiros que têm como metas a formação em enfermagem e segurança do paciente, a investigação e disseminação do conhecimento com extensão a comunidades e sociedade, a elaboração de políticas públicas, o estabelecimento dos serviços de enfermagem com segurança e a expansão e fortalecimento da rede.

As regulamentações da ANVISA também contribuem positivamente para as ações em segurança, podendo ser destacada a criação da Portaria nº 1.660 de 2009, que instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPÓS) como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2009). E também a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63 de 2011, que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de saúde, ambas com o objetivo de redução e controle dos riscos aos usuários e meio ambiente, fundamentadas na qualificação e humanização da atenção e gestão da saúde (BRASIL, 2011).

Já, em 2013, a Anvisa, em parceria com o Ministério da Saúde, lançou a Portaria nº 529, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com objetivo de promover iniciativas de implementação de segurança do paciente para diferentes áreas de atenção à saúde, exigindo que as instituições constituíssem o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com a implementação complementar da RDC nº 36 de 2013. (BRASIL, 2013b; 2013c).

O PNSP está pautado em quatro eixos que são denominados como: I. Estímulo a uma prática assistencial segura, II. Envolvimento do cidadão na sua segurança, III. Inclusão do tema segurança do paciente no ensino, e IV. O incremento da pesquisa em segurança do paciente (BRASIL, 2014a). O programa foi desenvolvido com vistas a estimular a educação e promoção em saúde, a prática assistencial e a gestão mais qualificada, além da participação social nas ações. Sequencialmente, o Ministério da Saúde publicou dois protocolos básicos para aplicação nos serviços de saúde que foram escolhidos pelo seu baixo investimento em implantação e pela eficiência dos resultados na prática, são eles a prática da higienização das mãos e o protocolo de cirurgia segura (BRASIL, 2014a).

Atualmente o Ministério da Saúde está trabalhando com um projeto em parceria com o Proadi-SUS (Projeto Qualidade Hospitalar e Reestruturação de Hospitais Públicos) e execução do *Institute of Healthcare Improvement* por meio de hospitais de excelência, como o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP), Hospital Beneficência Portuguesa (SP), Hospital do Coração (SP), Hospital Israelita Albert Einstein (SP), Hospital Sírio Libanês (SP) e o Hospital Moinhos de Ventos (RS), para orientação dos hospitais públicos quanto às melhores práticas para o cuidado e segurança do paciente (BRASIL, 2017).

O objetivo do projeto é utilizar como métrica as práticas adotadas pelos hospitais de excelência e realizar o trabalho de *coach* para orientação das melhores práticas quanto ao cuidado com a segurança dos pacientes, maximizar recursos financeiros e evitar desperdícios, além de gerar relatórios de acompanhamento durante o período do projeto, que será de 2017 a 2020. O projeto visa a medidas capazes de reduzir em 50% o número de infecções relacionadas à assistência à saúde, salvar 8.500 vidas e reduzir em 1,2 bilhão de reais os desperdícios com tratamentos e intervenções por eventos adversos (BRASIL, 2017).

## 2.2 GESTÃO DE RISCOS EM SAÚDE

A gestão de riscos em saúde, também conhecida como gerenciamento de riscos em saúde, é definida por Hinrichsen (2012) como o processo pelo qual as organizações analisam metodicamente os riscos inerentes às respectivas atividades, com objetivo de identificá-los, estimá-los e controlá-los.

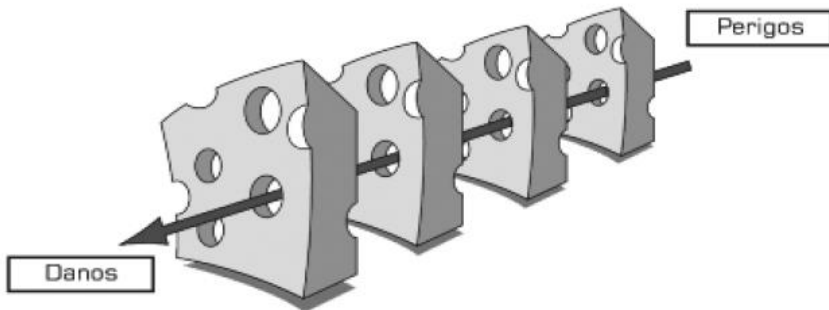
Seguindo a definição da OMS (2009), a gestão de riscos deve ser percebida como um processo de avaliação, análise e gestão de todos os riscos e incidentes aos quais uma organização está suscetível, em qualquer nível, para compreensão do ambiente e definição de prioridades e melhorias para alcançar o equilíbrio ideal entre risco, benefício e custo.

Corroborando com o conceito da OMS, a RDC nº 36 de 2013 conceitua o processo de gestão de risco como a “*aplicação sistemática de procedimentos para identificação, análise, avaliação, tratamento, comunicação e monitoramento dos riscos*”. Assim, entende-se que a gestão de riscos em saúde está diretamente ligada ao controle dos eventos adversos para a eliminação de possíveis danos/falhas antes que eles aconteçam (KUWABARA *et al.*, 2010).

Jason Reason (2009) elaborou a teoria do queijo suíço para elucidar o conceito de gerenciamento de riscos partindo do pressuposto que é impossível eliminar totalmente as falhas humanas e técnicas.

Conforme mostrado na Figura 1, as falhas são comparadas aos furos de um queijo suíço, que, na medida em que vão ultrapassando barreiras, podem chegar ao paciente e provocar o dano. Cada fatia do queijo corresponde a uma barreira que é capaz de impedir que o erro atinja o paciente. Porém, quando uma barreira é ignorada ou ocorre uma falha, um furo do queijo é ultrapassado, e a sucessão de falhas demonstra um alinhamento total dos furos, fazendo com que a seta transpasse totalmente o queijo. Comparativamente ao serviço de saúde, nesta perspectiva a falha não foi reconhecida e, ao não ser identificada pelos sistemas e pelos profissionais, o erro, ao atingir o paciente, provocará um evento adverso.

Figura 1 - Teoria do queijo suíço.



Fonte: Reason, 2009.

Para evitar que o erro aconteça, podem ser criados mecanismos de mitigação dos eventos adversos mediante a implantação de barreiras que estão diretamente envolvidas no processo de trabalho dos profissionais. Essas barreiras devem se enquadrar nas rotinas de trabalho a partir da avaliação da relevância do risco. A gestão de riscos é fundamental na organização de saúde, pois está diretamente ligada à identificação de não conformidades que podem interferir no processo de segurança da assistência, sendo fator condicionante para promover a melhoria da qualidade das instituições (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

Hinrichsen (2012) considera que a gestão dos riscos em saúde deve ser feita de modo proativo, antecedendo qualquer evento que possa gerar dano ao paciente, profissional ou instituição. O gestor de risco deve agir de modo que torne mais eficaz a alocação e uso dos recursos de acordo com políticas institucionais. Neste sentido, a RDC nº 36, de 2013, propõe que o processo de gestão do risco sanitário em estabelecimentos de saúde deve estar descrito dentro do Plano de Segurança do Paciente (PSP) de cada instituição e considerar suas singularidades. A recomendação é de



que o processo deve seguir seis etapas sequenciais que estarão descritas a seguir.

A primeira etapa se dá pelo “Estabelecimento do Contexto”, que envolve a identificação e avaliação dos parâmetros internos e externos que serão considerados dentro da política de gestão de riscos da instituição. Estão incluídos os recursos disponíveis, a cultura organizacional, o ambiente em que a organização está inserida, o cenário econômico, político e tecnológico, por exemplo. Esta etapa servirá como termômetro para saber quais são as barreiras e os limites da implantação do PSP e da gestão de riscos, além das linhas de ação e métodos de avaliação que melhor se adaptem à realidade local (BRASIL, 2016a).

A “Identificação do Risco” corresponde à segunda etapa do processo de gestão de riscos e está relacionada com a efetiva origem ou fonte do risco, bem como suas causas e consequências, sendo importante classificar como e onde há probabilidade de ocorrer um evento adverso e o que contribui para que ele ocorra. É importante consultar todas as fontes que possam direcionar para um fator de risco, desde um *brainstorming* (tempestade de ideias) com a equipe, até a consulta de relatórios formais e pesquisas sobre o assunto (BRASIL, 2016a).

A terceira etapa consiste na “Análise do Risco”, que se baseia em dois parâmetros: frequência e gravidade do evento. É importante reconhecer a probabilidade da ocorrência de um evento adverso, bem como as consequências decorrentes dele, e realizar uma classificação. A partir disso, criar intervenções para minimizar a possibilidade de um incidente ocorrer em cenários que sejam potencialmente vulneráveis. Podemos citar o exemplo do risco de realizar um procedimento cirúrgico em um membro errado, onde a vulnerabilidade ambiental é centralizada e aplicada à realidade do centro cirúrgico (BRASIL, 2016). Dentro dos métodos de análise de incidentes e falhas no processo, a análise de causa raiz tem sido utilizada na perspectiva de compreender o que aconteceu e como podem ser estabelecidas as medidas de prevenção para que não ocorram novamente (MILAGRES, 2015; PARANAGUÁ *et al.*, 2014).

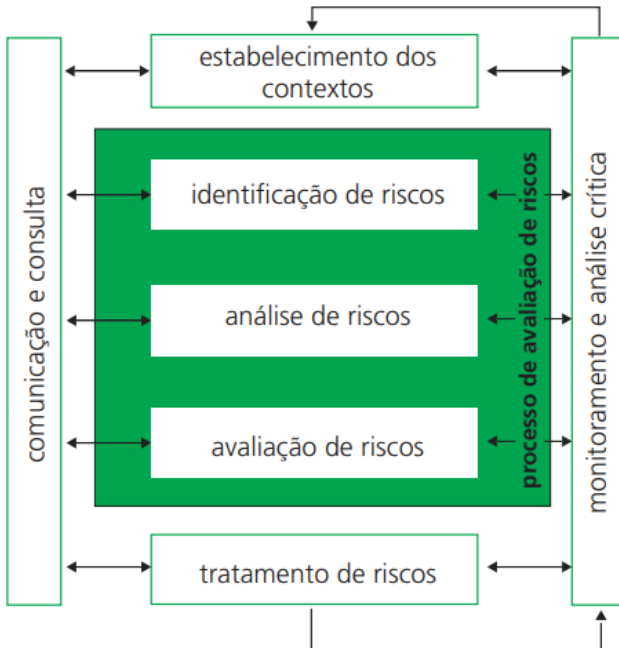
A quarta etapa é denominada “Avaliação do Risco” e seus dados provêm das etapas anteriores, ou seja, da identificação e análise dos riscos. Esta etapa visa avaliar se o risco está classificado dentro de uma magnitude tolerável e qual será a tomada de decisão estratégica frente a esta avaliação (BRASIL, 2016a). Os riscos podem ser avaliados de maneira quantitativa, com uma classificação numérica, quando afetam significativamente as ações de planejamento e melhoria. E também de forma qualitativa, quando se quer identificar a combinação de

probabilidade e impacto que cada um causa dentro do planejamento global (HINRICHSEN, 2012).

O “Tratamento do Risco” corresponde à quinta etapa, a qual busca determinar as ações que serão aplicadas para eliminar, reduzir, controlar ou prevenir a incidência dos eventos adversos, considerando os recursos disponíveis. Ou mesmo pode decidir em não trabalhar determinado risco. É importante que sejam adotadas ações específicas para cada risco identificado, além de definir o plano de contingência para uma eventual situação de emergência (BRASIL, 2016a).

A sexta etapa é definida como “Comunicação do Risco” e aborda que é fundamental disseminar a existência de determinado risco em toda a organização a fim de sensibilizar as equipes e inseri-las no processo de mitigação. Além disso, devem ser divulgados relatórios periódicos sobre os resultados, comunicação de alertas e informativos tanto para os profissionais, quanto para pacientes e familiares (BRASIL, 2016a). A Figura 2 ilustra todas as etapas propostas pelo Ministério da Saúde para implantar a gestão de riscos na área da saúde.

Figura 2. Etapas do processo de gestão de riscos sanitários em estabelecimentos de saúde.



Segundo a OMS (2009), a principal ferramenta para gerenciamento dos riscos é dada pela notificação. Os incidentes notificáveis devem abranger qualquer evento ou circunstância que resultou de fato ou poderia ter resultado em um dano desnecessário à saúde do paciente. Os incidentes passíveis de notificação podem ser identificados como: near miss (não atingiu o paciente, ou seja, foi identificado a tempo), incidente sem dano (evento que atingiu o paciente, mas não ocasionou dano à sua saúde) e incidente com dano ou Evento Adverso (incidente que resultou em dano para o paciente) (BRASIL, 2016a).

Os incidentes que atingem o paciente podem não apresentar nenhum dano para ele, porém há a classificação que relaciona os danos dos eventos adversos em quatro graus: LEVE, MODERADO, GRAVE e até a MORTE. A partir desta classificação do evento, é possível definir as prioridades das ações de controle e resposta da instituição frente à ocorrência de algum deles, realizando a monitoramento através de sistemas específicos (BRASIL, 2016a).

Quadro 2 - Graus dos eventos adversos

<b>Grau</b>	<b>Danos</b>
Nenhum	Não houve consequência para o paciente.
Leve	O paciente apresentou sintomas leves, de curta duração, com intervenção mínima ou sem intervenção.
Moderado	O paciente necessitou de intervenção, prolongamento de internação, houve perda de função, danos permanentes ou em longo prazo.
Grave	Foi necessária intervenção para salvar a vida, ou grande intervenção médico-cirúrgica, ou causou danos permanentes ou em longo prazo, ou risco fetal/anomalia congênita.
Morte	Óbito causado pelo Evento Adverso.

Fonte: Brasil, 2016a.

Göttems *et al.* (2016) salientam que os sistemas de notificação de eventos adversos foram incorporados à saúde recentemente, porém já são difundidos em outras áreas como nas indústrias e na aviação, com a finalidade de contribuir com a melhoria da qualidade dos produtos e serviços. As notificações são instrumentos fundamentais para o aperfeiçoamento das estratégias de segurança dos pacientes, uma vez que reduzem a probabilidade de os mesmos ocorrerem novamente.

A aceitação de que os eventos adversos existem e que todos somos passíveis de falhas é o ponto-chave para que as notificações sejam realizadas, de modo que possam ser avaliadas e, a partir disso, evitar a

ocorrência de danos aos pacientes (GÖTTEMS *et al.*, 2016). Nesta perspectiva, as pessoas envolvidas com o processo de gestão de riscos devem atuar de forma ativa na busca da identificação de potenciais riscos para eventos adversos, e de forma passiva e sentinela na realização da rastreabilidade dos eventos ocorridos e na análise da causa deste evento, elaborando estratégias para mitigação de novas ocorrências (HINRICHSEN, 2012; ADHIKARI, 2014).

Paranaguá *et al.* (2014) revelam que, quando se trata da gestão de riscos no ambiente hospitalar, é preciso compreender que o hospital é uma organização complexa e suscetível a diversas interferências que permeiam a qualidade do cuidado. Os pacientes estão expostos à ocorrência de incidentes que podem ocasionar um evento adverso por meio de múltiplos fatores, tais como: a administração de medicamentos, a realização de procedimentos invasivos, o baixo quantitativo de profissionais, entre outros.

Diante disso, é necessário que os gestores ampliem seus horizontes e sua maneira de pensar, agregando proatividade e dinamismo em suas ações, a fim de prevenir o acontecimento de eventos adversos ou qualquer risco que possa comprometer a segurança do paciente e dos trabalhadores (FERREIRA; DALL'AGNOL; PORTO, 2016). Por isso, Françolin *et al.* (2015) e Mendes *et al.* (2013) abordam a importância da utilização de sistemas para notificação e gerenciamento dos eventos adversos, citando ainda que é necessário que os profissionais conheçam os eventos adversos a que estão suscetíveis, a fim de evitá-los.

Mororó *et al.* (2017) determinam que o gerenciamento de riscos pode ser medido empiricamente através do monitoramento dos indicadores de qualidade como a incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde, úlceras por pressão, erros de medicação, entre outros, dependentes principalmente das boas práticas de enfermagem. Neste sentido, o enfermeiro é considerado facilitador no processo de identificação de riscos de eventos adversos e já são percebidas evidentes melhorias na assistência quando estes profissionais assumem seu papel de liderança junto à equipe (FRANÇOLIN *et al.*, 2015).

Alguns estudos apontam que os enfermeiros são responsáveis pelo maior número de notificações de eventos adversos, demonstrando, assim, a preocupação e a conscientização destes profissionais acerca da importância relacionada à melhoria do cuidado (GÖTTEMS *et al.*, 2016; ROQUE; MELO, 2011). Oliveira *et al.* (2014) destacam um fator importante na percepção deste profissional, uma vez que os enfermeiros associam oportunidades de gerenciamento de risco nos ambientes onde os trabalhadores são mais treinados, onde há maior disponibilidade de

materiais e o dimensionamento da equipe é adequado, utilizando como exemplo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Caldana *et al.* (2015) ressaltam que a equipe de enfermagem, de uma forma geral, desempenha um papel fundamental na gestão de riscos e no cuidado do paciente, pois está atuante 24 horas por dia diretamente com os pacientes, além de ter o maior quantitativo de profissionais nos serviços. Por isso o gerenciamento de riscos se faz importante no cotidiano dos enfermeiros, como é destacado em um estudo do Rio de Janeiro, o qual demonstrou que 65% dos eventos adversos são evitáveis (MENDES *et al.*, 2013).

Porém, o contexto organizacional é muito importante para a promoção de um ambiente seguro e, neste sentido, são relatadas algumas barreiras que interferem no processo de trabalho, como a falta de manutenção adequada dos equipamentos médico-hospitalares, a falta de materiais e a demanda excessiva de trabalho pelo baixo quantitativo de profissionais, o que impacta na realização dos cuidados de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Ques, Montoro e González (2010) também citam, além desses achados, outras limitações para o desenvolvimento das estratégias de segurança, como o corporativismo das profissões, a escassa protocolização e a ausência de liderança dentro das equipes, corroborando para o desenvolvimento desta pesquisa.

Françolin *et al.* (2015) enfatizam que um aspecto muito importante para uma instituição que deseja obter sucesso na implantação das medidas de segurança do paciente e na gestão de riscos é o incentivo de um ambiente não punitivo, conhecido como cultura justa. Ou seja, os profissionais devem ser estimulados a reportar as falhas identificadas sem medo de uma punição, visto que grande parte dos erros é decorrente de falhas no processo e não somente pela falha humana. Amestoy *et al.* (2013, 2017) recomendam a promoção de um ambiente justo e com estímulo à notificação de atos inseguros, o qual se dá principalmente através da educação e do aprimoramento profissional. Os treinamentos são importantes ferramentas de interação entre uma equipe e os diversos profissionais que atuam nela, portanto, oportunizar programas de educação permanente permite a troca de saberes, preenchendo lacunas de conhecimento e favorecendo a transformação da realidade de um ambiente.

### 2.3 REDE SENTINELA

No Brasil, as ações com propósito de segurança na assistência à saúde e outras áreas como na indústria alimentícia começaram a ser

implementadas por meio de ações sanitárias, com a criação da ANVISA, em 26 de janeiro de 1999, sob a Lei nº 9.782 (BRASIL, 1999). Segundo Azulino *et al.* (2013), a partir da criação da Anvisa, a entrada de novos produtos no mercado de saúde ficou submetida à regulação e registro sanitário, para que então pudessem ser comercializados e utilizados com segurança pela população e pelos profissionais. Porém, ao mesmo tempo em que houve o crescimento da disponibilização de novos produtos, somente o seu registro não era suficiente para garantir a qualidade dos materiais, e as informações acerca de cada um deles eram escassas ou a avaliação dos reguladores, muito subjetiva.

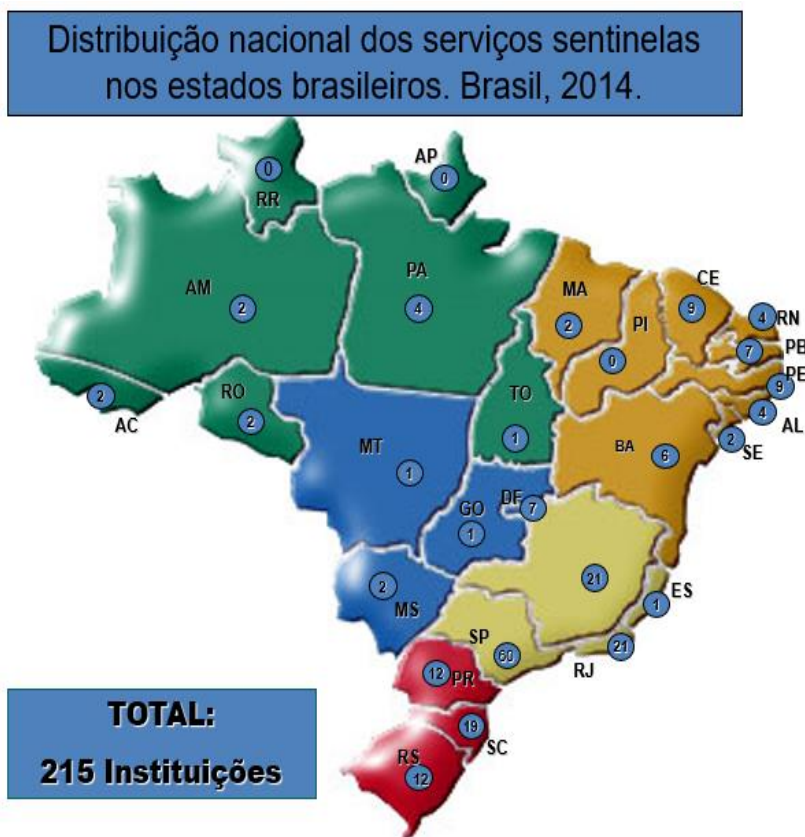
Em virtude disso, para garantir a efetiva fiscalização e avaliação dos produtos em saúde surgiu, em meados de 2002, a proposta da criação e implementação de um projeto denominado Rede Sentinela. Este serviria como meio de alimentação de um sistema de notificações sobre falhas, eventos adversos e queixas técnicas advindas dos profissionais de saúde em relação à fase de pós-comercialização de produtos para saúde para com a ANVISA (BRASIL, 2003).

O objetivo da Rede Sentinela é fornecer subsídios à ANVISA acerca da qualidade dos produtos de assistência à saúde, promovendo ações de melhoria e segurança para os pacientes. Dentre os produtos que estão envolvidos no processo de avaliação, podem ser destacados os medicamentos, *kits* para exames laboratoriais, órteses, próteses, equipamentos e materiais médico-hospitalares, saneantes, sangue e seus componentes (BRASIL, 2003).

As principais atividades da Rede Sentinela se baseiam na observação do desempenho de produtos e serviços sob vigilância sanitária, na produção de conhecimento em vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária, no uso, promoção e divulgação do sistema informatizado de notificação e investigação em vigilância sanitária, no desenvolvimento ou apoio a estudos de interesse do SUS, e na contribuição para a melhoria contínua do gerenciamento do risco sanitário (BRASIL, 2009).

O projeto iniciou com a participação de hospitais de ensino federais, totalizando 96 instituições. Cada hospital teve de instituir um colaborador para se tornar o gerente de risco sanitário hospitalar, o qual ficou responsável por monitorar e declarar as notificações de eventos adversos e queixas técnicas para a Anvisa acerca de três áreas de concentração, sendo elas tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância (BRASIL, 2009). Em 2014 já havia 215 instituições fazendo parte da Rede Sentinela, como mostra a Figura 3.

Figura 3 - Distribuição de hospitais na Rede Sentinela no Brasil, 2014.



Fonte: Brasil, 2016b.

Segundo o projeto da Rede Sentinela, cada unidade integrante deve monitorar os eventos adversos e realizar a notificação para a Anvisa. As notificações são todos os registros de incidentes com ou sem danos ao paciente que possam auxiliar na identificação de padrões e tendências sobre a segurança do paciente, no intuito de evitar que os eventos adversos venham a se repetir, melhorando a qualidade dos serviços e contribuindo para a aprendizagem contínua. É importante frisar que as notificações são anônimas e não têm caráter punitivo, sendo de grande importância para a vigilância em saúde de cada instituição (BRASIL, 2016b).

Além da notificação dos eventos adversos para a Rede Sentinela, são realizadas notificações acerca das queixas técnicas que se referem à notificação feita pelos profissionais de saúde para a Anvisa quando os

parâmetros de qualidade exigidos para a comercialização ou aprovação de registro de um produto ou equipamento não são atingidas ou não são mantidas pelo fabricante, ou mesmo quando há suspeita de algum desvio de qualidade (AZULINO *et al.*, 2013).

Dentro das áreas de monitoramento da Rede Sentinela podemos destacar a tecnovigilância, que controla a segurança de produtos, materiais, implantes, equipamentos para diagnóstico e tratamento de doenças (BRASIL, 2003). Kuwabara *et al.* (2010) salientam que a tecnovigilância auxilia os gestores com informações para aquisição, utilização e controle de qualidade dos produtos e equipamentos em saúde, uma vez que a Anvisa realiza o monitoramento e a divulgação de alertas sobre os desvios de qualidade.

Já a farmacovigilância é compreendida, segundo a OMS (2005), como um conjunto de atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos e outros possíveis problemas relacionados ao uso ou administração de medicamentos. Nesses termos, estão abrangidos os medicamentos tradicionais, fitoterápicos, hemoterápicos, produtos biológicos, medicamentos de uso *off-label*, vacinas, etc. É destacado ainda que as ações voltadas para o controle de qualidade e uso de medicamentos começaram a ganhar força internacionalmente em 1968, após a tragédia da Talidomida em 1961.

E, nesse mesmo sentido, a hemovigilância é definida pela Anvisa em seu Manual Técnico (2003) como um sistema de avaliação e alerta que tem como objetivo avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes, para que seja possível prevenir seu aparecimento ou recorrência. Para Macedo *et al.* (2015), ainda não é possível identificar no Brasil dados reais quanto aos incidentes relacionados à terapia transfusional, sejam por falhas no processo assistencial inerentes à terapêutica ou por má indicação. Porém, para a prevenção dos eventos adversos e incidentes transfusionais primeiramente é necessário conhecer e investigar suas causas, e isso começa a ser possível com a cultura das notificações.

Para o registro das notificações de efeitos adversos e queixas técnicas, no ano de 2009 foi instituído o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária pela portaria da Anvisa nº 1.660, denominado VIGIPÓS. Mais tarde foi necessária a criação de uma plataforma *web* de inclusão de dados denominada Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), como já estava previsto na Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, que cria o PNSP, e na RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui as ações para práticas de segurança do paciente.



O NOTIVISA é o sistema informatizado nacional para o registro de problemas relacionados ao uso de tecnologias e de processos assistenciais, por meio do monitoramento da ocorrência de queixas técnicas de medicamentos e produtos para a saúde, incidentes e eventos adversos, com o propósito de fortalecer a vigilância pós-uso das tecnologias em saúde, conhecida como VIGIPÓS, e na vigilância dos eventos adversos assistenciais (BRASIL, 2014b).

No sistema NOTIVISA as notificações podem ser realizadas pelos profissionais de saúde, instituições de saúde, profissionais e técnicos da Vigilância Sanitária em todas as esferas de governo, profissionais que atuam em farmácias, profissionais de empresas detentoras de produtos com registro na Anvisa como fabricantes e fornecedores, profissionais de saúde liberais e o próprio usuário/cidadão, e cada categoria possui os formulários específicos. Portanto, o espectro e as fontes das notificações cresceram muito com o acesso à informação disponível por meios tecnológicos, o que potencializa as ações de vigilância e possibilita ferramentas de uso para o planejamento da gestão pública (BRASIL, 2013c).

Após a consolidação das atividades da Rede Sentinela como uma importante base de dados, em 2014 a rede passou a ser disciplinada por dois instrumentos normativos: a RDC Anvisa nº 51/2014, que dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e a Instrução Normativa (IN) da ANVISA nº 8 de 2014, que dispõe sobre os critérios para adesão, participação e permanência dos serviços de saúde na Rede Sentinela.

Conforme a RDC nº 51/2014, os principais objetivos da Rede Sentinela são promover e divulgar o NOTIVISA para disseminar a cultura da notificação, obter informações de qualidade sobre os eventos adversos e queixas técnicas pós-comercialização de produtos para a saúde (VIGIPÓS), aprimorar o gerenciamento de riscos nos serviços de saúde, desenvolver estudos de interesse da gestão pública de saúde e colaborar na formação profissional contínua e gerenciamento de riscos em saúde.

Segundo a IN nº 8 de 2014 da Anvisa, qualquer hospital pode se tornar integrante da Rede Sentinela, desde que solicite o credenciamento dentro de um dos quatro perfis disponíveis (participante, colaborador, Centro de Cooperação e Centro de Referência) e atenda a seus critérios. Os critérios para os hospitais se tornarem integrantes da Rede Sentinela dentro de cada perfil são descritos no Quadro 3.

Quadro 3 - Perfis e critérios dos hospitais da Rede Sentinela.

<b>PERFIL</b>	<b>CRITÉRIOS</b>
Participante	Existência da Gerência de risco e alimentação regular do VIGIPÓS.
Colaborador	Capacidade para desenvolver estudos de interesse ao Sistema de Saúde Brasileiro.
Centro de Cooperação	Cooperação em atividades para formação e educação de pessoal a outras instituições e desenvolver material instrucional.
Centro de Referência	Coordenação e/ou supervisão de sub-redes com foco em temas ou tecnologias específicas.

Fonte: Brasil, 2014c.

Atualmente os relatórios divulgados pela Anvisa, por meio do trabalho desenvolvido pelos hospitais sentinelas e as notificações dos núcleos de segurança do paciente, profissionais e sociedade apontam que, de modo geral, ainda é baixa a adesão dos estados em relação ao número de atendimentos prestados à população. O relatório publicado em julho de 2017 aponta que os estados do Norte e Nordeste do Brasil correspondem aos menores índices de notificações (BRASIL, 2017c).

O Estado de Santa Catarina (SC) possui 18 instituições hospitalares integrantes do Projeto Rede Sentinela e é o quarto estado com o maior número de registros de eventos adversos do país. No último relatório publicado pela Anvisa, os principais registros que envolveram eventos adversos em SC foram falhas em procedimentos, tratamentos ou intervenções e identificação incorreta dos pacientes (ANVISA, 2017c).

Mesmo depois de decorridos 15 anos da implantação da Rede Sentinela, sua adesão pelo país afora é incipiente, conforme os dados dos relatórios publicados. Dada a relevância das atividades e a contribuição da Rede Sentinela, vislumbra-se importante potencial para o aprimoramento e a efetivação da segurança da assistência à saúde, fatores que despertam curiosidade e interesse para a investigação deste estudo.

## 2.4 LIDERANÇA E ENFERMAGEM

De acordo com Neves e Sanna (2016) a liderança já foi denominada como uma característica nata que pode ser desenvolvida ao longo do tempo diante das experiências vividas e da herança cultural de cada indivíduo. Porém, é destacado por elas e outros autores que a prerrogativa do líder nato é ultrapassada, e acreditam que a liderança é uma competência que pode ser construída durante a formação dos indivíduos, sob orientação técnica e científica, principalmente pelas

profissões que sabidamente irão assumir o papel de supervisão de equipes e de pessoas (GUERRERO-NÚÑEZ; CID-HENRÍQUEZ, 2015; NUNES; MUNIZ, 2016)

Não há na literatura um conceito único sobre liderança, pois diversos autores e estudiosos atribuem diferentes significados para a definição de liderança, de acordo com seus pressupostos e dentro do contexto em que o aplicam (NEVES; SANNA, 2016). Para Robbins (1991), a liderança é um processo que permite ensinar outras pessoas a desenvolver suas máximas capacidades, modificando suas crenças limitantes. Já, para Bernhard e Walsh (1990), a liderança é um processo que movimenta e direciona um grupo de pessoas para a obtenção dos mesmos objetivos.

A partir da discussão dos conceitos de liderança, foram estabelecidas algumas teorias, e cada uma delas atribui características específicas aos líderes, que por sua vez deram origem a diferentes e singulares estilos de liderar. Alguns estilos abordam atitudes mais tradicionais de gestão, porém, com o passar dos anos foram desenvolvidos novos modelos partindo da evolução do modo de pensar e agir, levando em consideração principalmente as relações interpessoais (CÁRCAMO-FUENTES; RIVAS-RIVEROS, 2017).

Há na literatura a descrição de diferentes formas de liderança, que surgiram a partir das Teorias do Comportamento, nas quais cientistas sociais estudavam as relações humanas. Posteriormente, os estudos demonstraram preocupação com o trabalho dos líderes para compreender o que realmente eles faziam na prática, quando Lewin (1951) e White e Lippitt (1960) determinaram três estilos de liderança identificados como Autocrático, Democrático e Liberal. As características de cada um deles estão descritas no Quadro 3, segundo as estudiosas sobre liderança em enfermagem Marquis e Huston (2010).

Quadro 4 - Estilos de liderança.

<b>ESTILOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
Autocrático	Hierarquizado, centralizador, atividades bem definidas, alta produtividade e baixa autonomia, ambiente mais hostil, líder autoritário.
Democrática	Decisões horizontalizadas, menor produtividade, maior qualidade, ambiente de ensino e mais participativo, líder persuasivo e sugestivo.
Liberal	Baixo controle, depende da motivação, iniciativa e organização da equipe, estimula liberdade e criatividade. Líder liberalista.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de MARQUIS; HUSTON, 2010.

A partir da definição dos estilos, a pesquisa sobre a liderança dentro das organizações evoluiu para a construção de teorias, desde as mais clássicas como a Teoria Situacional e a Teoria Contingencial, para as contemporâneas como a Teoria Interacional e Teoria da Liderança Transformacional, que serão abordadas brevemente a seguir.

A Teoria Situacional, por exemplo, destaca que o líder deve agir de acordo com a situação presente, em uma variação de comportamento condicionada com cada caso. Essa teoria foi primariamente descrita por Follett (1926) e foi reforçada pela abordagem de outros estudiosos, levando à construção da Teoria Contingencial de Fiedler (1967), que tem como premissa que o que determina o estilo de um líder são a natureza da situação em si, a capacitação e experiência do gestor e as habilidades dos membros do grupo, e as decisões se tornam mais orientadas por relações do que por tarefas.

Com a evolução do pensamento acerca da liderança, foi notado que as variáveis para uma liderança eficaz envolviam também a cultura organizacional, os valores do líder e a complexidade da situação (TAPPEN, 1995). A partir daí emergiu a Teoria Interacional de liderança, que relaciona o comportamento de liderança com a personalidade do líder e a situação específica vivenciada. Também conhecida como Teoria “Z” (OUCHI, 1981), essa teoria sofreu influência de diversos autores, cada qual com um pensamento singular e amplo do que pode influenciar o comportamento de um líder, e Kanter (1989) define a soma de discussões sobre esta teoria de forma que a liderança não é vista somente como um *status* ou uma posição de autoridade, pois todos, líderes e subordinados, são estimulados a pensar e participar das decisões de forma sinérgica não só internamente, mas na relação com todo o ambiente que os circunda.

A interação entre líder e liderado, levando um e outro para níveis maiores de motivação e moralidade, é a definição de Burns (1978) sobre a Teoria Transformacional, onde o pesquisador defende que o líder transformacional é comprometido, visionário e capaz de realizar a distribuição de responsabilidades com o grupo. Este tipo de liderança enfatiza que o líder é um agente de mudança que leva pessoas à ação, tem uma visão ampliada do futuro e desperta o olhar dos liderados para que, baseados em uma relação interativa e de confiança, alcancem objetivos comuns e metas coletivas. Além disso, destaca que o líder transformacional valoriza a cultura e valores organizacionais, mantendo e perpetuando entre seus colaboradores os valores e comportamentos almejados pela organização.

Mesmo assim, Bennis (1989) ressaltou que a liderança transformacional, destacada como um modelo de liderança ideal, é

cerceada pela sociedade contemporânea pelo fato de que as mudanças são controladas de acordo com interesses unilaterais e pela força social que, de certa forma, desestimula o surgimento de líderes pelo movimento entre o que é um direito individual e o que é o valor pelo bem comum. Dentro das organizações também há limites para a execução desta liderança quando condicionada a interesses que não levam em consideração a coletividade.

Nesse contexto, após uma breve descrição acerca das teorias de liderança, é importante destacar o que Marquis e Huston (2010) elucidam sobre as principais teorias de liderança com aplicação na saúde e na enfermagem, em que partiram dos estilos que já eram reconhecidos, e onde abordam as características de cada uma das teorias fazendo o entrelace com a prática profissional. É dito por elas que o ambiente hospitalar possui uma configuração que propicia o desenvolvimento dos líderes clássicos, apesar de ser necessário o desprendimento em alguns momentos para a flexibilidade das teorias contemporâneas, principalmente pela mudança de perfil dos profissionais.

Na área da saúde a liderança tem papel importante, sobretudo quando se trata de tomada de decisão e gerenciamento dos serviços, das pessoas e dos recursos. Pelo fato de ser um sistema suscetível à influência de diversos fatores externos e internos, além de mutáveis, a saúde necessita do empenho e dedicação de bons líderes para se manter estável (GUERRERO-NÚÑEZ; CID-HENRÍQUEZ, 2015). Além disso, mesmo sendo uma área muito importante para a sociedade, é notável a carência de estímulos ao desenvolvimento da liderança na saúde e na qualificação do cuidado. Nos hospitais, por exemplo, as atividades de formação permanente de líderes se limitam a assuntos pontuais e sem periodicidade, prejudicando a eficiência das práticas assistenciais ao invés de fortalecê-las (AMESTOY *et al.*, 2017).

Neves e Sanna (2016) abordam que, no contexto da saúde, os enfermeiros são os profissionais que estudam enfaticamente a administração dentro da formação acadêmica profissional, pois a disciplina em questão é primordial para embasar a sua atuação dentro da coordenação de equipes, gerenciamento de unidades de saúde, gestão de pessoas e exercício da liderança. Esse aprendizado é essencial para que seja possível executar a gestão das unidades e dos serviços e talvez seja por isso que a grande demanda administrativa e burocrática da assistência fique sob os cuidados destes profissionais.

Assim, o enfermeiro deve ser estimulado a desenvolver as competências de liderança ainda na graduação e continuar o processo de aperfeiçoamento depois de inserido no mercado de trabalho. Esse

exercício faz com que os profissionais iniciem a sua vida profissional mais fortalecidos e assertivos. Atualmente as demandas de trabalho na área da saúde exigem que o enfermeiro da unidade tenha autonomia e pensamento crítico para a tomada de decisão, considerando o ambiente, o contexto, os valores de cada indivíduo da equipe e dos pacientes, bem como as normas da instituição (AMESTOY *et al.*, 2017).

Na perspectiva do trabalho da enfermagem, é demonstrado como essencial ao líder que ele saiba aplicar os três estilos de liderança de acordo com a necessidade situacional. Por vezes terá de assumir o controle e ter atitudes ordenadoras do processo de cuidado, como também precisará discutir, direcionar e sugerir a tomada de decisão em conjunto com outros profissionais e a equipe, além de que precisa dar liberdade para que cada profissional execute as tarefas da forma que acredita ser melhor para si, prezando pela qualidade que a própria área de atuação estabelece (CAMELO *et al.*, 2016).

Mesmo assim, conforme traz Brewer *et al.* (2016), para estimular o desenvolvimento da liderança entre enfermeiros é necessário primeiramente que haja um ambiente seguro e uma relação de confiança. De fato, os líderes vistos como referências dentro da equipe devem ser os que têm condutas positivas e que assumem a responsabilidade frente às decisões, gerando satisfação e qualidade no trabalho. A liderança do enfermeiro também é citada como meio de interação entre os vários profissionais envolvidos no cuidado, e fortalece a implementação de melhores práticas de assistência de modo integrado (FERREIRA; DALL'AGNOL; PORTO, 2016).

Segundo Lima *et al.* (2017), uma questão de destaque é que o enfermeiro tem relevante influência na equipe de enfermagem, principalmente na promoção de um cuidado seguro e com melhores resultados para os pacientes. A atuação dos enfermeiros de modo proativo e com engajamento se revela como um importante fator estratégico no desempenho de uma instituição, haja vista que executam o controle ativo e preventivo de eventos adversos, entre outras situações que podem pôr em risco o paciente (FERREIRA; DALL'AGNOL; PORTO, 2016).

Estas mudanças crescentes na assistência de saúde fazem com que o mercado de trabalho esteja mais exigente e necessite de profissionais mais qualificados. Os enfermeiros, como gestores estratégicos de uma equipe, precisam se mostrar proativos e serem agentes estimuladores de mudanças positivas no contexto da prática profissional (FERREIRA; DALL'AGNOL; PORTO, 2016; PORTO; DALL'AGNOL, 2016).

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Para o embasamento desta pesquisa, foi estabelecido o referencial teórico das “Melhores Práticas”, e a seguir serão apresentados dois tópicos sobre este conceito. O primeiro tópico se centrará em uma breve apresentação do surgimento do termo e no uso nas áreas da saúde e da enfermagem. Já o segundo tópico se refere a uma revisão de literatura do tipo *Scoping review* ou Revisão de Escopo, a qual relaciona Melhores Práticas e gestão de riscos no serviço de enfermagem na forma de um manuscrito.

#### 3.1 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E AS MELHORES PRÁTICAS

Com o intuito de melhorar a assistência na prática e no ensino na área da saúde, surgiu, nos anos de 1980, no Canadá, um movimento denominado de “Prática Baseada em Evidências” (PBE). Este movimento teve como referência a abordagem da Medicina Baseada em Evidências (MBE), a qual utiliza evidências cientificamente comprovadas para nortear a conduta médica acerca do diagnóstico e tratamento de doenças (SACKETT, 2003).

Na PBE, os resultados de pesquisas embasam a conduta dos diversos profissionais da área da saúde e têm grande ênfase na enfermagem. Para Sackett (2003), a premissa do uso das evidências na prática profissional é a de que a conduta adotada a partir de algo já comprovado cientificamente aumenta a eficiência das ações, diminui os custos operacionais e promove a segurança e, conseqüentemente, a melhoria contínua da qualidade do serviço.

A PBE já é difundida em outros setores econômicos, como nas indústrias, na educação, no ramo financeiro e na aviação, o que faz as ações se tornarem mais seguras e assertivas, prevenindo erros e otimizando os recursos e resultados. Por isso países desenvolvidos como o Reino Unido e os EUA também adotaram o conceito da PBE para nortear políticas de assistência em diversas áreas do governo, criando diretrizes para promover o melhor direcionamento dos profissionais sobre as condições crônicas e prevalentes de saúde do país, baseados em experiências comprovadas pela ciência (MADIGAN, 1998).

Stetler *et al.* (1998) conceituam a PBE como uma abordagem de cuidado que utiliza os resultados de pesquisas para guiar a prática profissional. Estes resultados envolvem os dados publicados das pesquisas na área da saúde, o consenso de especialistas de cada área e a

experiência clínica do próprio profissional, que é adquirida na prática cotidiana. Destacam também que a PBE surgiu como uma maneira de diminuir e eliminar a prática sem fundamentação, baseada em experiências isoladas e não sistemáticas ou em opiniões empíricas não comprovadas dos profissionais, pois essas ações não podem garantir o melhor tratamento nem sua efetividade diante do cuidado ao paciente.

Já, para Galvão (2002), a PBE na enfermagem é uma ação metódica que corresponde a passos sistemáticos envolvendo a definição de um problema, a busca das evidências disponíveis acerca do problema elencado, a avaliação dessas evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática profissional e a avaliação dos resultados obtidos. Nesta perspectiva, a competência clínica do profissional, as preferências do paciente e o ambiente institucional precisam ser considerados na tomada de decisão sobre a assistência.

Da mesma forma, corroborando com as afirmações citadas, Melnyk *et al.* (2012) propõem que, para a efetivação do uso da PBE, é necessário que ela esteja apoiada em um tripé conceitual formado pelas melhores evidências científicas disponíveis, pela experiência clínica e individual do profissional e pelas preferências e valores do paciente. Esse conjunto irá determinar qual a melhor prática a ser adotada em cada caso, pois nem sempre a melhor evidência disponível é adequada para aplicação em determinado contexto, seja por questões de infraestrutura ou mesmo porque o paciente não compactua com aquele tratamento. Neste sentido, este conceito mais ampliado da PBE será aplicado como referência para nosso estudo, pois considera múltiplos aspectos na estruturação das melhores práticas na gestão de riscos no cuidado de enfermagem e da saúde.

Para facilitar e incentivar a aplicação da PBE e a criação de diretrizes de Boas Práticas nos serviços de saúde, organizações criaram modelos que auxiliam os profissionais para o uso sistematizado das evidências. Em destaque, podemos citar o modelo de IOWA, difundido pelo *College of Nursing* da Universidade de IOWA, no Canadá, que se baseia na metodologia de melhoria da qualidade na assistência da saúde, com a utilização das evidências científicas e do pensamento crítico do profissional de forma pragmática (IOWA Model Collaborative, 2017).

Nos EUA, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) tem patrocinado projetos que realizam revisões sistemáticas de estudos para basear recomendações clínicas, considerando as evidências como padrão ouro para a prevenção e tratamento de doenças. Além disso, quando encontrada uma lacuna em determinado tema, é recomendada pela *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) uma agenda



de pesquisas naquela área para gerar evidências que direcionem à melhor prática clínica (AHRQ, 2008).

Outra fonte relevante de evidências é a *The Cochrane Collaboration* (2001), uma base de dados fundada em homenagem ao Dr. Archie Cochrane, epidemiologista, que em 1972 fez críticas à área médica pelas práticas empíricas, sem dados sistematizados acerca dos tratamentos. A plataforma de dados realiza revisões sistemáticas de literatura com equipes no mundo todo, inclusive do Brasil, a fim de compilar as melhores evidências em *guidelines* e embasar os profissionais sobre as Melhores Práticas em saúde na atualidade.

Como cita Costa (2011), o surgimento dos sistemas de acreditação hospitalar e programas de melhoria da qualidade, tanto no Brasil como pelo mundo afora, foram propulsores do advento das Melhores Práticas e do pensamento crítico acerca da segurança nas instituições de saúde, pois a garantia e implementação da qualidade se baseia na entrega do melhor resultado para o paciente, com o menor custo e maior segurança para organização e profissionais, vindo ao encontro dos conceitos da PBE.

Nesse contexto, podemos citar a *Joint Comission International* (JCI) e a *Accreditation Canada*, e em âmbito nacional a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que, mesmo que trabalhem com diferentes propostas de avaliação, estas entidades convergem no propósito de aumentar a segurança oferecida pelo serviço de saúde a seus pacientes, com a utilização de processos e práticas mais efetivos e sustentáveis, diminuindo desperdícios, profissionalizando a equipe e gerando qualidade e satisfação para os usuários e profissionais (FELDMAN, GATTO e CUNHA, 2005).

Com a implantação dos sistemas de qualidade, aos poucos, está sendo difundida a ideia de que o uso de práticas de referência proporciona aos profissionais e instituições menor risco de erros, além de prover perspectivas conhecidas acerca dos resultados esperados diante da prática implementada. O conhecimento prévio da melhor e mais efetiva conduta tende a conduzir à decisão acertada do profissional, diminuindo o custo e sendo mais efetivo para o paciente (COSTA, 2011).

Porém, a utilização das Melhores Práticas disponíveis ainda não é um padrão nas instituições de saúde brasileiras, pois um estudo realizado por Pereira *et al.* (2012) mostrou que as revistas científicas estão entre as fontes de evidências menos utilizadas pelos enfermeiros. É afirmado que isso se deve à realidade das condições de trabalho, onde há limitações como a falta de confiança e experiência desses profissionais em interpretar os resultados das pesquisas, além da falta de tempo para a consulta das fontes antes da tomada de decisão.

Galvão, Sawada e Mendes (2003) reconhecem que a utilização dos resultados de pesquisa se configura como um dos pilares da PBE, por isso os enfermeiros necessitam saber como obter as evidências científicas, além de interpretá-las e integrá-las à sua prática para auxiliar a tomada de decisão em relação à assistência dos pacientes e dos familiares. Assim como as instituições devem apoiar e promover ações que permitam que os profissionais atuem com maior segurança e respaldo em suas atividades cotidianas.

Outro fator importante a ser considerado neste contexto é a crescente expansão da tecnologia que atinge a área da saúde, ensejando aos profissionais que eles estejam abertos a mudanças, buscando atualização e se libertando dos paradigmas, adotando práticas que ancorem os novos processos de trabalho, focados na satisfação e na qualidade do serviço oferecido, valorizando aspectos que até então foram ignorados dentro do sistema de saúde, como a PBE (KEMPFER *et al.* 2010).

Da mesma forma, as Melhores Práticas também ganharam evidência na associação a uma das questões mais pautadas na atualidade frente à gestão das unidades hospitalares, que é a segurança do paciente. Oliveira *et al.* (2014) destacam que a percepção dos enfermeiros diante de atividades do cuidado já é identificada como exemplo de boas práticas de segurança, podendo citar as ações frente à prevenção de quedas, na prevenção da transmissão de infecção hospitalar e na prevenção de eventos adversos decorrentes de procedimentos cirúrgicos.

Segundo Pedreira (2009), o uso das evidências científicas para melhorar a segurança da assistência de enfermagem é pautado pelo pressuposto de utilizar e fomentar a realização de estudos que gerem práticas inovadoras que demonstrem impacto nos resultados dos serviços, garantindo maior satisfação ao usuário, e principalmente diminuindo a morbidade e mortalidade por eventos adversos evitáveis. Nelson (2014) identificou as Melhores Práticas como um conjunto de recomendações desejadas baseadas em evidências atualizadas que elevam a eficácia e a performance do cuidado de enfermagem.

Porém há de se destacar que a utilização das Melhores Práticas na assistência de saúde não depende somente da existência de políticas e recomendações sobre a sua importância e efetividade. É necessário que a organização de saúde realmente esteja engajada com a mudança de cultura organizacional e que tenha profissionais com espírito de liderança para encabeçar este desafio (GALVÃO, SAWADA, 2005).

Stetler *et al.* (2014) reforçam que a liderança perpassa por todos os níveis organizacionais de uma forma estratégica e persistente,

transformando o ambiente e entrelaçando as atividades profissionais isoladas na perspectiva de promover um processo de melhoria contínua. Para isso, denota-se no enfermeiro um profissional-chave com papel fundamental no sucesso de implementação dos programas de Melhores Práticas, qualidade e segurança nos hospitais.

## 3.2 MANUSCRITO 1.: PREVENÇÃO DE RISCOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA OS GESTORES DE ENFERMAGEM

Mônica Emanuele Köpsel Fusari<sup>1</sup>  
Betina Hörner Schlindwein Meirelles<sup>2</sup>  
Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni<sup>3</sup>

### Resumo

Neste estudo objetivou-se evidenciar atributos e ações dos enfermeiros para adoção de melhores práticas de gestão e prevenção de riscos nos serviços de saúde. Trata-se de uma Revisão de Escopo com busca nas bases de dados BIREME, Scopus, CINAHL, PubMed/MedLine, e *Web of Science*, entre os anos de 2012 e 2017. Foram encontradas 395 publicações e selecionados 22 artigos para compor a análise desta revisão. Os enfermeiros apresentaram uma abordagem multifatorial na aplicação das melhores práticas para a gestão de riscos na saúde. Diversos elementos, como o comportamento individual, envolvimento da pessoa assistida, conhecimento, espírito de liderança e empatia, favorecem a aplicação de ferramentas de segurança. O sucesso de um programa de gestão de riscos envolve pensamento crítico, com destaque aos atributos individuais e gerenciais dos enfermeiros. Habilidades de liderança são essenciais para a promoção de um ambiente seguro, contudo, foram pouco exploradas dentro deste tema.

**Descritores:** Liderança, Enfermagem, Gestão de Riscos, Segurança do Paciente.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis/Santa Catarina, Brasil. Endereço: *Campus* Universitário – Trindade - 88040-900 – Florianópolis/SC, Brasil. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde – Bloco I – 4º andar. *E-mail:* monicakopsel@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do GEPADES e do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). Florianópolis, Brasil. *E-mail:* betina.hsm@ufsc.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do GEPADES. Florianópolis, Brasil. *E-mail:* gabriela\_lanzoni@ufsc.br

## Introdução

A gestão de riscos na área da saúde está intimamente ligada à segurança dos pacientes, que é definida pela OMS (2009) como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde, evitando ao máximo expor os profissionais e pacientes a situações que possam originar a chance de ocorrer um erro.

Nesse sentido, o risco é conceituado como a probabilidade de um incidente ocorrer e causar um evento adverso ao paciente (OMS, 2009), e por isso as organizações mundiais e instituições de saúde estudam métodos para mitigar a ocorrência de falhas nos sistemas de saúde, uma vez que as consequências de atos inseguros nesta área podem provocar sequelas irreversíveis ou até mesmo a morte, gerando impactos significativos à sociedade (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

Nos anos de 1950, os EUA começaram a se preocupar com a complexidade dos riscos a que as empresas estavam expostas. Vinte anos mais tarde levaram esta preocupação para a área da saúde, após a publicação de estudos que mostravam o quão inseguras estavam as pessoas que buscavam tratamento nos hospitais do país. Daí em diante, o olhar acerca da segurança do sistema de saúde foi crescente em todo o mundo e atingiu também países como o Brasil (MILLS, 1978; BRENNAN *et al.*, 1991, MENDES *et al.*, 2009).

Nacionalmente, as ações de segurança em saúde se originaram por iniciativas governamentais, com a criação da Rede de Hospitais Sentinelas e com as publicações de cadernos e protocolos que direcionavam as ações das instituições de saúde pela Anvisa e Ministério da Saúde, bem como com a mudança da legislação que regula as atividades do setor, seja na prestação do serviço ou na produção e comercialização de produtos para as áreas da saúde e cosmética (BRASIL, 2013b; 2013c; 2014a).

Entendendo que existe a falibilidade humana em todas as atividades que são desenvolvidas por pessoas e aceitando isso como um risco, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) criou a Norma Brasileira Regulamentadora (NBR) ISO 31000, aplicável a qualquer instituição, para subsidiar a implementação de uma gestão de riscos, o que passou a ser aplicado também no contexto da área da saúde (ABNT, 2010). Tal processo se dá em articulação com as Melhores Práticas em saúde, considerando evidências científicas que repercutem na redução de danos, gastos desnecessários e otimização do cuidado (NELSON, 2014).

Da mesma forma, instituições promotoras de qualificação e acreditação hospitalar passaram a exigir das organizações de saúde planos de mitigação de riscos e falhas de processo, o que promoveu a busca por atividades mais seguras, profissionais mais bem qualificados, tecnologias certificadas, sustentabilidade dos serviços e qualificação da assistência e do cuidado prestado por todos os profissionais envolvidos (ANDRADE *et al.*, 2018; JCI, 2013; AHRQ, 2012).

Para tanto, a liderança, como uma habilidade fundamental no processo de implantação da melhoria contínua nas instituições de saúde, encontra no enfermeiro potencial para disseminação do plano de gestão de riscos (STETLER *et al.*, 2014). Estes são lideranças dentro da instituição de saúde que comandam a maior parte da equipe assistencial, além de assumirem o papel de educadores, criando e multiplicando processos, diretrizes, protocolos, práticas e procedimentos sistematizados, visando ao que há de melhor e mais seguro no processo de cuidado (LASCHINGER; SMITH, 2013; FRANÇOLIN *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, questiona-se: **Como as melhores práticas de gestão e prevenção de riscos são adotadas pelos enfermeiros nos serviços de saúde?** O objetivo do estudo foi **evidenciar atributos e ações dos enfermeiros para a adoção de melhores práticas de gestão e prevenção de riscos nos serviços de saúde** a partir da pesquisa em literatura nacional e internacional.

## **Método**

Este estudo é uma revisão de literatura do tipo *scoping review* ou revisão de escopo, e segue os preceitos de Arksey e O'Malley (2005). A revisão de escopo é um processo que visa mapear a literatura existente sobre um determinado tema a fim de rever questões relevantes para a prática, sumarizar dados, bem como para identificar lacunas de conhecimento sobre determinado assunto (ARKSEY, O'MALLEY, 2005).

A revisão de escopo trata de uma questão de pesquisa ampla, as inclusões e exclusões das fontes de evidências podem acontecer ao longo da investigação, não se limitando a uma fase. O nível de evidência, ou seja, a qualidade do resultado da pesquisa analisada, não é a prioridade inicial da investigação, mas sim a compreensão do cenário em que o fenômeno se encontra, e a extração dos dados da coleta é mais qualitativa do que quantitativa (DAUDT, MOSSEL, SCOTT, 2013).

Para a operacionalização desta revisão de escopo, foram seguidas cinco etapas metodológicas, a constar: 1) Identificação da questão de

pesquisa, com as definições dos parâmetros de busca e as estratégias utilizadas; 2) Identificação dos estudos relevantes de forma abrangente para que fosse possível responder a questão central da pesquisa; 3) Seleção dos estudos, definindo critérios de inclusão e exclusão de acordo com a familiaridade com a literatura; 4) Mapeamento dos dados, classificando as informações conforme o tema, de forma quantitativa e qualitativa; 5) Síntese e relato dos resultados em um quadro resumo descritivo e numérico, com uma análise temática dos dados. A sexta etapa da revisão de escopo é opcional e se refere à consulta a *experts* para validação dos resultados e considerações sobre novos achados, que não foi incluída neste estudo (ARKSEY, O'MALLEY, 2005).

A busca dos estudos ocorreu no período de setembro a dezembro de 2017, compreendendo publicações de artigos originais e completos indexados nas bases de dados BIREME, Scopus, CINAHL, PubMed/MedLine, e *Web of Science* entre os anos de 2012 a 2017. Os critérios de seleção dos artigos foram adotados de acordo com a categoria dos estudos: artigos originais; com textos completos disponíveis para análise que trouxessem evidências acerca do tema sobre as Melhores Práticas de enfermagem na Gestão de Riscos; publicados em português, inglês e espanhol; que contivessem em seus títulos e/ou resumos os termos apresentados na estratégia de busca (Quadro 5). Foram excluídos todos os estudos que não atenderam integralmente aos critérios de inclusão.

Quadro 5 - Estratégias de busca em bases de dados para a revisão de escopo.

Bases de dados	Estratégias de Busca
BIREME	tw:(("Gerenciamento da prática profissional" OR "Melhores práticas" OR "melhor prática" OR "enfermagem baseada em evidencias" OR "práticas de enfermagem" OR "prática de enfermagem" OR "boa prática" OR "boas práticas" OR "practice management" OR "Evidence-Based Nursing" OR "Nursing Practices" OR "Best Practices" OR "Best Practice" OR "good practice" OR "Good Practices" OR "Gestión de la Práctica Profesional" OR "Mejores Prácticas" OR "Enfermería Basada em la Evidencia" OR "Práctica de la Enfermería" OR "Mejor Práctica" OR "buena práctica" OR "Buenas Prácticas")) AND (tw:(enfermagem OR enfermeir* OR "nursing" OR nurse* OR enfermeria OR enfermer*)) AND (tw:(("Gestão de riscos" OR "Gestão de risco" OR "Gestão do risco" OR "Gestão dos riscos" OR "Gerenciamento de risco" OR "Gerenciamento de

PubMed/MedLine	<p>riscos" OR "Gerenciamento do risco" OR "Gerenciamento dos riscos" OR "Controle do risco" OR "Controle dos riscos" OR "Controle de risco" OR "Controle de riscos" OR "Administração de risco" OR "Administração de riscos" OR "Administração do risco" OR "Administração dos riscos" OR "risk management" OR "risks management" OR "Control of Risk" OR "Control of risks" OR "Risk Control" OR "Risks Control" OR "Gestión de riesgos" OR "Gestión de riesgo" OR "Gestión do riesgo" OR "Gestión dos riesgos" OR "Control del riesgo" OR "Controle del riesgos" OR "Control de riesgo" OR "Control de riesgos" OR "Administración de riesgo" OR "Administración de riesgos")) AND (instance:"regional") AND ( db:("LILACS" OR "BDENF") AND year_cluster:("2013" OR "2017")) ("practice management"[MeSH Terms] OR "practice management"[All Fields] OR "Evidence-Based Nursing"[Mesh] OR "Evidence-Based Nursing"[All Fields] OR "Nursing Practices"[All Fields] OR "Nursing Practice"[All Fields] OR "Best Practices"[All Fields] OR "Best Practice"[All Fields] OR "good practice"[All Fields] OR "Good Practices"[All Fields]) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[Title/Abstract] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[Title/Abstract] OR "nurse"[Title/Abstract])) AND ("risk management"[MeSH Terms] OR "risk management"[All Fields] OR "risks management"[All Fields] OR "Risk Control"[All Fields]) AND (("2012/01/01"[PDAT] : "2017/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))</p>
Scopus	<p>TITLE-ABS-KEY("practice management" OR "Evidence-Based Nursing" OR "Nursing Practices" OR "Nursing Practice" OR "Best Practices" OR "Best Practice" OR "good practice" OR "Good Practices") AND TITLE-ABS-KEY("nursing" OR "nurses" OR "nurse") AND TITLE-ABS-KEY("risk management" OR "risks management" OR "Control of Risk" OR "Control of risks" OR "Risk Control" OR "Risks Control") AND (LIMIT-TO (PUBYEAR,2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2013) OR LIMIT-TO</p>



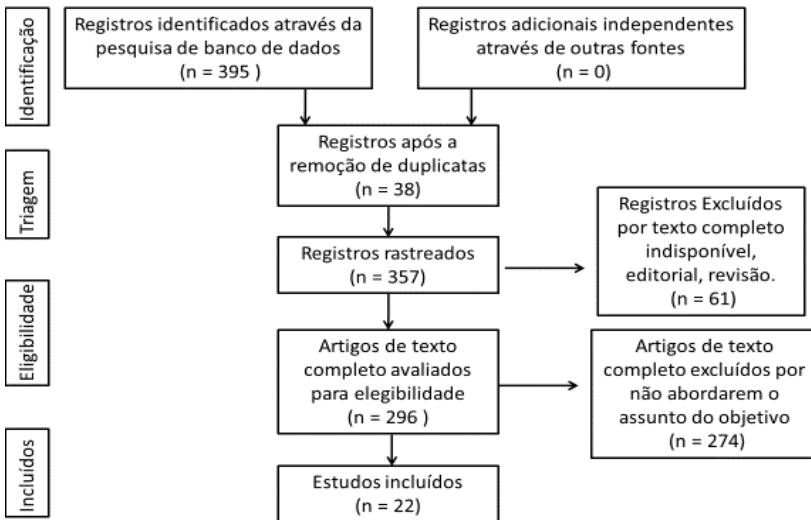
	(PUBYEAR,2012)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE,"ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE,"ip"))
CINAHL	("practice management" OR "Evidence-Based Nursing" OR "Nursing Practices" OR "Nursing Practice" OR "Best Practices" OR "Best Practice" OR "good practice" OR "Good Practices") AND ("nursing" OR "nurses" OR "nurse") AND ("risk management" OR "risks management" OR "Control of Risk" OR "Control of risks" OR "Risk Control" OR "Risks Control")
<i>Web of Science</i>	("practice management" OR "Evidence-Based Nursing" OR "Nursing Practices" OR "Nursing Practice" OR "Best Practices" OR "Best Practice" OR "good practice" OR "Good Practices") AND ("nursing" OR "nurses" OR "nurse") AND ("risk management" OR "risks management" OR "Control of Risk" OR "Control of risks" OR "Risk Control" OR "Risks Control")

Fonte: Autor, 2018.

Localizaram-se 395 publicações, sendo excluídos inicialmente 38 estudos duplicados. Foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultando na eliminação de 61 estudos por não estarem de acordo com o referencial metodológico escolhido (18 editoriais e 30 revisões) e não haver acesso disponível ao texto completo (n = 13). Dos 296 artigos identificados, foi realizada a leitura dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações. Na dúvida em relação ao conteúdo, buscava-se realizar a leitura do texto completo. Com a realização deste processo, identificou-se que 274 artigos não apresentavam relação com objetivo do estudo, resultando em uma amostra final de 22 artigos. Os artigos selecionados foram tabulados de acordo com a base de dados indexada, ano de publicação, autores, profissão dos autores, periódico de publicação, país de publicação, tipo de estudo, natureza do estudo, método de análise, cenário do estudo e contribuição das melhores práticas de gestão de riscos evidenciadas em cada artigo.

A análise dos dados foi realizada considerando as similaridades e diferenças de conteúdo ou ideais trazidos em cada artigo, sempre relacionados à contribuição das melhores práticas de gestão de riscos para o cuidado de enfermagem e da saúde.

Figura 4 - Prisma de Revisão de Escopo



Fonte: Autor, 2018.

## Resultados

A partir da análise dos 22 artigos incluídos nesta revisão de escopo, foi identificado que 17 (77%) estudos haviam sido publicados em periódicos estrangeiros e cinco (23%), em periódicos nacionais.

Os estudos selecionados estão geograficamente distribuídos nos seguintes países: Estados Unidos da América (EUA) com sete pesquisas (30%), Brasil com cinco (22%); Canadá com quatro (18%); Austrália com dois (10%); e os demais países, como Reino Unido, Portugal, Noruega e Singapura, tiveram somente uma publicação, correspondendo a 5% cada um.

Quanto ao período de publicação, compreendido entre 2012 e 2017, o ano que obteve maior número de artigos publicados foi 2013 com nove artigos (40%), seguido de 2014 com sete (30%), 2016 com quatro (20%), e os demais anos com uma publicação cada (5%).

Em relação à caracterização dos pesquisadores, 12 artigos foram publicados por enfermeiros (54%), cinco, pela equipe multidisciplinar em saúde (23%), quatro, por enfermeiros e médicos (18%), e um, por estudantes de enfermagem (5%).

Quanto ao contexto em que as pesquisas foram realizadas, 11 estudos foram desenvolvidos em Unidades de Internação Hospitalar (52%), cinco, em instituições de longa permanência (22%), três, em

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (13%), dois, em Unidades de Emergência (9%) e um, em Unidades de Atenção Básica (4%).

Já, em relação ao paradigma metodológico, 14 pesquisas foram de abordagem qualitativa (63%), sete, de abordagem quantitativa (32%) e um artigo apresenta abordagem quantitativo-qualitativa (5%).

Quanto ao tipo de pesquisa, é destacado que quatro artigos são provenientes de estudos de caso (18%), quatro, observacionais (18%) e quatro, pesquisa-ação (18%), três foram estudos descritivos exploratórios (13%) e descritivos transversais (13%), respectivamente. A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi usada em duas pesquisas (10%) e as demais seguiram a metodologia longitudinal e prospectiva (1) e fenomenológica hermenêutica (1), totalizando 5% cada um.

Na classificação quanto à análise de dados, três usaram a análise de conteúdo (14%), dois, a triangulação de dados com análise documental (9%), sete utilizaram algum tipo de *software* para auxílio na análise dos dados (30%). O restante (47%) analisou os dados singularmente dentro de cada estudo.

Abaixo está representada a tabela com o mapeamento dos 22 artigos selecionados para esta revisão de escopo:

Quadro 6 - Compilado dos artigos selecionados para a revisão do escopo.

Ano	Título do Artigo	Autores	Periódico de Publicação
2017	<i>Clinical Effectiveness and Cost of a Hospital-Based Fall Prevention Intervention: The Importance of Time Nurses Spend on the Front Line of Implementation</i>	Teryl K. Nuckols; Jack Needleman; Tristan R. Grogan; Li-Jung Liang; Pamela Worobel-Luk; Laura Anderson; Linda Czypinski; Courtney Coles Catherine M. Walsh	<i>The Journal of Nursing Administration</i>
2016	Mudanças na Prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente	Andréia Guerra Siman; Maria José Menezes Brito	Revista Gaúcha de Enfermagem
2016	<i>Nursing staffs' attentiveness to older adults falling in residential care - an interview study.</i>	Anne Clancy; Marianne Mahler	<i>Journal of Clinic Nursing</i>
2016	<i>Redesigning the Patient Observer Model to Achieve Increased Efficiency and Staff Engagement on a Surgical Trauma Inpatient Unit</i>	Pratik Rachh; Gianna Wilkins; Theresa A. Capodilupo; Susan Kilroy; Maureen Schnider; Jennifer Repper-Delisi	<i>The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i>

2016	<i>Use of Failure Mode and Effects Analysis to Improve Emergency Department Handoff Processes</i>	Patrícia Sorrentino	<i>Clinical Nursing Specialist</i>
2014	<i>Medication errors in a public hospital in Brazil</i>	Cris Renata Grou Volpe; Diana Lucia Moura Pinho; Marina Morato Stival; Margo Gomes de Oliveira Karnikowski	<i>British Journal of Nursing</i>
2014	Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva	Taís Pagliuco Barbosa; Graziella Artuzi Arantes de Oliveira; Mariana Neves de Araujo Lopes; Nádia Antonia Aparecida Poletti; Lúcia Marinilza Beccaria	Acta Paulista de Enfermagem
2014	<i>Idle central venous catheters pose infection risk for patients after discharge from intensive care</i>	Gabrielle Burdeu; Judy Currey; David Pilcher	<i>American Journal of Infection Control</i>
2014	<i>It's Always Something: Hospital Nurses Managing Risk</i>	Patricia S. Groves; Deborah Finfgeld Connett; Bonnie J. Wakefield	<i>Clinical Nursing Research</i>
2014	<i>Implementing evidence-based medication safety interventions on a progressive care unit</i>	Tyeasha Williams; Melissa W. King; Julie A. Thompson; Mary T. Champagne	<i>American Journal of Nursing</i>
2014	<i>A qualitative understanding of patient falls in inpatient mental health units.</i>	Gail Powell-Cope; Patricia Quigley; Karen Besterman-Dahan; Maureen Smith; Jonathan Stewart; Christine Melillo; Jolie Haun; Yvonne Friedman	<i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i>
2014	<i>The nurse as bricoleur in falls prevention: learning from a case study of the implementation of fall prevention best practices.</i>	Helen Kirkpatrick; Sheryl Boblin; Sandra Ireland; Kim Robertson	<i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>
2013	<i>Surgical swab counting: a qualitative analysis from the perspective of the scrub nurse</i>	D D'Lima; M Sacks; W Blackman; J Benn	<i>Clinical Feature</i>
2013	Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco	Veridiana Tavares Costa; Betina Horner Schlindwein Meirelles;	Revista Latino-Americana de Enfermagem

		Alacoque Lorenzini Erdmann	
2013	<i>O idoso na equipe de cuidados continuados integrados: programa de enfermagem para prevenção de quedas</i>	Maria de Fátima Guerreiro Cabrita; Helena Maria Guerreiro José	<i>Journal of Nursing UFPE</i>
2013	<i>Nurses' disclosure of error scenarios in nursing homes</i>	Laura M. Wagner; Kimberley Harknes; Philip C. Hébert; Thomas H. Gallagher	<i>Nursing outlook</i>
2013	<i>Nurse-driven quality improvement interventions to reduce hospital-acquired infection in the NICU</i>	Kirtley Ceballos; Kari Waterman; Teresa Hulett; Mary Beth Flynn Makic	<i>Advances in neonatal care</i>
2013	<i>Fall prevention among children in the presence of caregivers in a pediatric ward: a best practice implementation.</i>	Yee Ling Geraldine Lee; Wai Kin Yip BHlt; Beng Wah Goh; En Ping Jeannie Chiam; Hui Ping Chermaine	<i>International Journal of Evidence-Based Healthcare</i>
2013	<i>Engaging home health care providers in a fall prevention best practice initiative</i>	Jay Shaw; Katharina Sidhu; Colleen Kearney; Mary Keeber; Sandra McKay	<i>Home Health Care Services Quarterly</i>
2013	<i>The real world journey of implementing fall prevention best practices in three acute care hospitals: a case study</i>	Sandra Ireland; Helen Kirkpatrick, Sheryl Boblin; Kim Robertson;	<i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>
2012	<i>Beyond the 'tick and flick': facilitating best practice falls prevention through an action research approach</i>	Emma Lea; Sharon Andrews; Keith Hill; Terry Haines; Jennifer Nitz; Betty Haralambous; Kirsten Moore; Andrew Robinson	<i>Journal of Clinical Nursing</i>

Fonte: Autor, 2018.

A partir da análise de cada artigo, os conteúdos foram agrupados por similaridade e deram origem a três categorias intituladas como: (1) Estratégias gerenciais dos enfermeiros para a promoção de um ambiente seguro; (2) Empoderamento e participação do paciente e da família; e (3) O comportamento individual e liderança do enfermeiro como ferramentas de gestão de riscos.

## ***Estratégias gerenciais dos enfermeiros para a promoção de um ambiente seguro***

Os enfermeiros desenvolvem um trabalho complexo que depende de uma série de variáveis para que seja possível realizar um cuidado adequado e seguro aos pacientes que são assistidos. Para tanto, pode-se dizer que os riscos a que os pacientes estão expostos têm origem multifatorial e demandam avaliação constante para que sejam adotadas medidas de prevenção de danos (POWELL-COPE *et al.*, 2014; CEBALLOS *et al.*, 2013).

Uma das primeiras medidas destacadas para a mitigação da ocorrência de eventos adversos nas instituições de saúde é o envolvimento de toda a matriz hierárquica, desde os gestores até os profissionais da assistência e administrativos, sendo necessária uma mudança de paradigma e cultura organizacional em todas as linhas de trabalho para que não se tenham dúvidas quanto à importância das ações de segurança na área da saúde (VOLPE *et al.*, 2014; RACHH *et al.*, 2016).

Para que isso seja possível, os enfermeiros gestores têm instituído a adoção de indicadores de qualidade e segurança como ferramenta de planejamento e direcionamento das equipes. Além disso, o controle e divulgação dos resultados precisam ser uma constante para os profissionais (VOLPE *et al.*, 2014; RACHH *et al.*, 2016). Neste mesmo sentido, sugere-se que as metas estabelecidas para estes indicadores sejam reais e alcançáveis, considerando as especificidades de cada unidade do serviço de saúde. Para isso, é necessário que o enfermeiro gestor tenha profundo conhecimento da vivência prática e dos recursos disponíveis na sua instituição (WILLIANS *et al.*, 2014).

Um exemplo da aplicação desta proposta ocorreu em um hospital dos EUA, envolvendo o serviço de enfermagem e uma ferramenta de avaliação preventiva de erros conhecida como *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) (Análise de Modos e Efeitos de Falhas – tradução livre). A partir dela foi possível identificar os riscos com maior probabilidade de acontecer e medir seu impacto, podendo assim priorizar as ações de prevenção de acordo com a realidade institucional (SORRENTINO, 2016). É ressaltada a importância da formulação de estratégias que destaquem o desenvolvimento da análise da causa principal do problema, buscando compreender e identificar com detalhes como ele ocorreu e de que forma agir para evitá-lo (CEBALLOS *et al.*, 2013).

Diante desse contexto, também é destacada necessidade de suporte das lideranças na instituição para a investigação dos erros, bem como para

apoiar o profissional que cometeu a falha e evitar o sentimento de culpa, compreendendo que o risco faz parte do trabalho, porém é preciso atenção para evitar que aconteça novamente (SORRENTINO, 2016; VOLPE *et al.*, 2014). O uso de *checklists* de segurança, pulseiras de identificação, protocolos padronizados, sistemas informatizados, dupla checagem é um importante aliado na rotina dos enfermeiros, que passam a não depender somente da memória durante suas atividades (SIMAN E BRITO, 2016). Outros autores também destacam a importância de mecanismos de alerta quanto à existência de um risco e ao grau de exposição a que o paciente ou profissional estão susceptíveis em determinadas situações (VOLPE *et al.*, 2014; RACHH *et al.*, 2016).

Porém, as ferramentas só funcionam se os profissionais fizerem o uso adequado de cada uma delas, utilizando a tecnologia a favor da segurança. Os gestores precisam estar atentos para que o acesso aos mecanismos de segurança esteja claro e visível a todos os profissionais que prestam assistência (WILLIAMS *et al.*, 2014). Outro fator importante é a necessidade de prover subsídios adequados e de qualidade para que os profissionais possam exercer o cuidado de forma eficiente (VOLPE *et al.*, 2014).

Destaca-se ainda que, para além de aspectos objetivos envolvidos no processo de segurança do paciente, quando resultados positivos são alcançados, existe uma repercussão subjetiva que produz maior satisfação aos enfermeiros com seu próprio trabalho e aumenta o estímulo para as demais mudanças necessárias à prática do cuidado (CEBALLOS *et al.*, 2013).

### ***Empoderamento e participação do paciente e da família***

Acredita-se que o maior interessado no resultado positivo de um tratamento ou intervenção seja o próprio paciente, esperando receber o cuidado de forma eficiente e depositando sua confiança nos profissionais que desempenham o cuidado da sua saúde. Porém, nem todos os riscos estão sob controle dos profissionais, pois alguns estão diretamente ligados aos cuidados que o paciente desenvolve com a sua saúde e, por isso, é necessário que o enfermeiro o sensibilize sobre como realizar o autocuidado com segurança (KIRKPATRICK *et al.*, 2014).

A comunicação é um fator primordial quando se trata da segurança do paciente. É muito importante que o enfermeiro estabeleça uma relação de conversa e inclusão do paciente e da família nos cuidados antes, durante e após o tratamento (SHAW *et al.*, 2013). Da mesma forma, o paciente também precisa sentir-se à vontade em comunicar sentimentos ou situações que influenciam seu tratamento, pois a sua percepção sobre

o seu estado de saúde interfere diretamente em como ele pode ser um aliado no processo de segurança e gerenciamento dos riscos a que está exposto (KIRKPATRICK *et al.*, 2014; SHAW *et al.*, 2013).

Cabe destacar que o paciente e a família são considerados a última barreira no processo de gestão de riscos, pois, quando bem esclarecidos e participantes do processo de decisão terapêutica, eles saberão identificar quando alguma intervenção ou conduta não condiz com o que foi planejado, podendo reconhecer, por exemplo, uma medicação que não faz parte do seu tratamento, evitando um erro de administração que poderia causar um evento adverso (LEE *et al.*, 2013).

Na perspectiva dos profissionais, a necessidade de investimento em formação foi sinalizada em uma pesquisa onde quase dois terços dos enfermeiros e médicos entrevistados relataram que gostariam de receber treinamento sobre como comunicar um erro, pois não sabiam como relatar um evento ao paciente, familiares, colegas e aos seus gestores (WAGNER *et al.*, 2013). Assim, é fundamental que os treinamentos sejam focados em áreas identificadas como prioritárias para os enfermeiros dentro de cada equipe, enfatizando o que cada um pode fazer para contribuir nos resultados (BARBOSA *et al.*, 2014).

Porém, a prevenção da ocorrência de eventos adversos por parte dos profissionais não é suficiente, é preciso promover cuidados que envolvam os próprios pacientes, protegendo-os também de todos os danos que possam a vir ocorrer enquanto estiverem sob seus cuidados, não se limitando somente ao cumprimento de rotinas e sim na percepção da integralidade do cuidado (CLANCY; MAHLER, 2016). Os enfermeiros gestores precisam mais do que todos ter essa percepção para que possam influenciar o restante da equipe nesse processo.

### ***O comportamento individual e liderança do enfermeiro como ferramentas de gestão de riscos***

Reconhecer que um paciente sob assistência em saúde nunca está seguro é algo que se espera de um profissional de enfermagem. Os riscos mudam a todo momento, de acordo com as mudanças na condição de saúde e doença dos pacientes, e os enfermeiros precisam estar atentos a todas essas mudanças para poderem identificar a chance da ocorrência de algum evento adverso e agirem preventivamente sobre ele (GROVES; FINFGELD-CONNETT; WAKEFIELD, 2012).

Nesse tocante, é fundamental que os enfermeiros aprimorem seus conhecimentos e se utilizem de sua experiência profissional para identificar o risco associado a uma intervenção e/ou tomada de decisão, bem como para agir de forma ética, monitorando e relatando as não



conformidades relacionadas ao cuidado e à gestão da assistência. Em síntese, é esperado que o enfermeiro tenha o papel de assumir-se como corresponsável na garantia da atenção adequada aos pacientes (CABRITA; JOSÉ, 2013; LEA *et al.*, 2012).

Mudanças constantes nos riscos de eventos adversos exigem atenção e proatividade na avaliação dos pacientes, por isso o enfermeiro não pode acreditar somente em registros de prontuários, mas deve realizar avaliações contínuas dos pacientes sob os seus cuidados e da sua equipe. Esta avaliação está diretamente relacionada com a consciência crítica do profissional no seu papel como um gestor de riscos (GROVES; FINFGELD-CONNETT; WAKEFIELD, 2012).

Logo, a participação dos enfermeiros na elaboração de protocolos e outras ferramentas é importante para sua adequação com a realidade da prática profissional individual e no contexto institucional. O compromisso e a responsabilidade na participação nas decisões que influenciarão o seu processo de trabalho envolvem inclusive a integração nas comissões de gestão de riscos (BURDEU; CURREY; PILCHER, 2014).

Da mesma maneira, o enfermeiro deve se posicionar quanto à possibilidade de discussão de casos e tomada de decisão com o envolvimento da equipe multidisciplinar, pois é necessário compreender que o compartilhamento dos saberes promove maior benefício ao paciente, que será assistido de forma holística, respeitando suas limitações, valores, crenças e cultura (LEA *et al.*, 2012; BURDEU; CURREY; PILCHER, 2014). Além disso, é de suma importância o treinamento em grupos como forma de reduzir a distância hierárquica entre gestores e subordinados, que gera barreiras de comunicação dentro da equipe, fazendo com que todos compreendam os objetivos do programa de gestão de riscos e segurança do paciente (DLIMA *et al.*, 2014).

Uma rotina de educação continuada e permanente, seguindo exemplos de situações cotidianas com discussão em grupo e apoio da gestão nas instituições, aliada à supervisão direta e efetiva dos líderes para orientação da equipe, que dê suporte aos profissionais, também foi destacada como fundamental para a prevenção de riscos em saúde (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013; BARBOSA *et al.*, 2014; MELO *et al.*, 2013). Logo, os gestores precisam atuar no desenvolvimento de lideranças dentro das equipes para que possam ser referências e orientar ativamente os demais em como se deve agir frente ao erro e evitar falhas diante de situações de risco (WAGNER *et al.*, 2013). Destaca-se que já foi demonstrada em um estudo a relevância de

os enfermeiros gestores estimularem o pensamento crítico dos enfermeiros assistenciais e auxiliarem na organização do fluxo de trabalho, otimizando processos, reduzindo eventos adversos e diminuindo os custos hospitalares (NUCKOLS *et al.*, 2017).

## **Discussão**

É notável a importância do desenvolvimento de atividades seguras na prática da enfermagem e, para que isso seja possível, se faz necessária a sensibilização de todos os profissionais sobre os riscos a que as pessoas assistidas estão expostas a partir do momento em que dão entrada em um serviço de saúde (MIGOWSKI *et al.*, 2018). A avaliação dos riscos é uma atividade constante na rotina dos enfermeiros, porém nem sempre é realizada de forma consciente e sistematizada (BURKE *et al.*, 2017). Para tanto, se faz necessário que gestores incentivem a implantação do Processo de Enfermagem vinculado a uma política de segurança para a promoção de ambientes seguros (RIEGEL; JUNIOR, 2017), percebendo que esta questão não é uma temática individual ou isolada e sim algo que deve permear a consciência multidisciplinar (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Algumas barreiras citadas para a implementação de planos de gerenciamento de riscos se fazem claras, como a comunicação ineficaz, principalmente entre diferentes classes profissionais (TARLING *et al.*, 2017) e com as pessoas assistidas (ARUTO; LANZONI; MEIRELLES, 2016). A oportunidade de ouvir todas as vozes envolvidas no cuidado permite que os gestores identifiquem qual a melhor estratégia para tornar a experiência da pessoa dentro do serviço de saúde satisfatória e segura (NIEDERHAUSER; WOLF, 2018). A compreensão de que o envolvimento da pessoa assistida e sua família é fundamental para minimização dos riscos foi apontada nos achados da presente revisão. Porém, na prática, ainda não está evidente como os membros da família podem ser inseridos no cuidado e na prevenção de riscos aos pacientes, ainda são percebidos como agentes fiscalizadores ou inaptos para auxiliar nas práticas de cuidado (SOUSA *et al.*, 2017).

Todavia, o acesso à informação está ao alcance de um número muito maior de pessoas, o que as torna mais ávidas a participarem e questionarem decisões terapêuticas. Mesmo que de forma empírica, pessoas assistidas e familiares já possuem conhecimento sobre procedimentos de segurança e devem ser consideradas como um dos elos mais importantes na garantia de um cuidado seguro, assim como no fortalecimento da cultura de segurança do paciente (BIGANI; CORREIA, 2018).

Nessa perspectiva, espera-se dos enfermeiros que consigam compreender a saúde não somente com a visão dos executores do cuidado, mas também de administradores dele (CHO; CHOI, 2018). Além disso, o comportamento individual, com o uso da empatia, é outro ponto que faz a diferença de um gestor de enfermagem na prevenção de riscos. Envolver e também sensibilizar a equipe de maneira sincera tem o poder de diminuir as barreiras e a resistência presente no dia a dia (LEE *et al.*, 2018). Compreender e auxiliar os demais a não cometer um erro e ajudá-los a superar a culpa quando cometido é um destaque no papel profissional dos enfermeiros (AMIRI; KHADEMIAN; NIKANDISH, 2018). O gestor precisa ser um líder presente no cotidiano do grupo, diminuindo a formalidade hierárquica e gerando uma relação de liberdade de comunicação entre os trabalhadores. Corroborando com esta premissa, líderes que ficam mais próximos de suas equipes tendem a ter resultados mais positivos em relação aos demais (TARLING *et al.*, 2017).

Da mesma forma, fica evidente que o sucesso no exercício de um cargo de liderança não consiste somente no *status* destacado, mas no potencial de relacionamento e envolvimento que o líder tem com suas equipes e seus pares (SILVA *et al.*, 2017). Nessa premissa, é possível compreender que o líder é um agente influenciador de seus liderados, portanto, quando suas ações corresponderem a melhores práticas tendem-se a que as ações da sua equipe sejam desenvolvidas na mesma proporção, sendo a equipe um reflexo do líder (DEMPSEY; ASSI, 2018).

Nesse sentido, é apontado que a formação dos enfermeiros ainda é restrita quanto aos papéis de liderança exigidos pela profissão e isso pode abalar a segurança do trabalho executado e gerar a probabilidade de insucesso na gestão de riscos (LAUT *et al.*, 2018; HA; PEPIN, 2018). É necessário que as escolas e instituições de saúde promovam a educação em liderança como base para reforçar a política institucional e principalmente práticas demasiadamente mais novas, como as de gerenciamento de riscos (SHERMAN; SAIFMAN, 2018). A falta de apoio no desenvolvimento da liderança gera medo do fracasso, maior probabilidade de cometer erros e frustração no desenvolvimento do seu trabalho (MARTIN; KALLMEYER, 2018).

Diante da análise de diversos aspectos dentro da gestão de enfermagem para a segurança dos pacientes, pouco se fala sobre o aspecto motivador de um líder dentro deste importante processo (GEORGIU *et al.*, 2018). O enfermeiro tem a liderança como atribuição inerente à profissão, mas não está completamente explorado o quanto isso pode influenciar ou interferir em um programa de gestão de riscos, deixando uma lacuna para mais estudos que apresentem essa abordagem.

## **Conclusão**

A partir desta revisão de escopo pode se concluir que a segurança do paciente é determinada por questões multifatoriais que envolvem desde a instituição, até o comportamento individual dos profissionais, o envolvimento do paciente e da família e a constante educação das equipes por meio de lideranças engajadas. Portanto, o estímulo de um ambiente não punitivo e focado para o aprendizado com os erros influencia significativamente no sucesso de um programa de gestão de riscos. Partindo da premissa de que o ser humano é passível de falhas e que é prioritário criar sistemas e mecanismos como barreira para a prevenção de riscos, o gerenciamento de riscos utiliza os acontecimentos passados para determinar as ações de correção para o futuro, englobando todos os níveis de assistência e a equipe multidisciplinar.

Promover apoio e incentivo a educação em saúde, divulgar relatórios de indicadores e enfatizar as conquistas tornam os enfermeiros mais satisfeitos e confiantes na realização do seu trabalho, deixando o ambiente mais flexível, adaptável e receptivo a mudanças na prática profissional. As melhores práticas estão diretamente envolvidas com a gestão de riscos em saúde, pois se relacionam à evidenciação daquilo que trouxe o melhor resultado de forma mensurável e aplicável dentro da realidade do serviço. Os estudos mostram a aplicação de diferentes estratégias de gestão que envolvem habilidades de liderança, em diferentes lugares do mundo, onde os apontamentos sobre as dificuldades e potencialidades de um sistema de gestão de riscos pouco exploraram a atuação dos enfermeiros como lideranças institucionais e clínicas, demonstrando a necessidade de estudos para aprofundamento do tema.

## **Implicações para a prática**

Mesmo que as práticas de proteção e segurança do paciente estejam imbricadas à atividade profissional da enfermagem, atributos individuais e gerenciais com destaque para ações de liderança se fazem indispensáveis para a gestão de riscos e promoção de um ambiente seguro.

## **Limitações do estudo**

Entre as limitações do estudo, é importante mencionar que a metodologia escolhida é pouco difundida no Brasil e trouxe resultados que emergiram da pesquisa somente em artigos originais.

## REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Medical Office Survey on Patient Safety Culture** [Internet]. Disponível em:

<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>. Acesso em: 28 dez. 2017.

AMIRI, Maryam; KHADEMIAN, Zahra; NIKANDISH, Reza. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. **Bmc Medical Education**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.1-8, 3 jul. 2018. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-018-1255-6>. Acesso em: 22 jul. 2018.

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.161-172, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>. Acesso em: 08 de ago. 2018.

ARAUJO, Marcos Antonio Nunes de *et al.* Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.52-56, 7 abr. 2017. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2017.v8.n1.984>.

ARKSEY, H. O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **Int. J. Soc. Res. Meth.** N. 8, v. 1, p. 19-32, 2005. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/Scopingstudies.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

ARUTO, Giuliana Calderini; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1-9, 17 ago. 2016. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45648>.

BARBOSA, Taís Pagliuco *et al.* Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 3, p.243-248, jul. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400041>. Acesso em: 07 jan. 2018.

BIGANI, Donna K.; CORREIA, Andrea M. On the Same Page: Nurse, Patient, and Family Perceptions of Change-of-shift Bedside Report. *Journal Of Pediatric Nursing*, [s.l.], v. 41, p.84-89, jul. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.008>. Acesso em: 25 jan. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013. Acesso em: 25 de janeiro de 2018. 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf) Acesso em: 26 jan. 2017.

BRENNAN, T. A. *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. **New England journal of medicine**, v. 324, n. 6, p. 370-376, 1991. ISSN 0028-4793. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>. 27 dez. 2017.

BURDEAU, Gabrielle; CURREY, Judy; PILCHER, David. Idle central venous catheter-days pose infection risk for patients after discharge from intensive care. **American Journal Of Infection Control**, [s.l.], v. 42, n. 4, p.453-455, abr. 2014. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.11.011>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BURKE, Kathleen G. *et al.* CE. Creating an Evidence-Based Progression for Clinical Advancement Programs. **American Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 117, n. 5, p.22-35, maio 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.naj.0000516248.15946.76>. Acesso em: 21 jul. 2018.

CABRITA, Maria de Fátima Guerreiro; JOSÉ, Helena Maria Guerreiro - O idoso na equipe de cuidados continuados integrados: programa de enfermagem para prevenção de quedas. **Revista de Enfermagem UFPE on line** [em linha] 7:1 (2013) 96-103. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3524>. ISSN: 1981-8963. Acesso em: 09 jan. 2018.

CEBALLOS, Kirtley *et al.* Nurse-Driven Quality Improvement Interventions to Reduce Hospital-Acquired Infection in the NICU. **Advances In Neonatal Care**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.154-163, jun. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/anc.0b013e318285fe70>. Acesso em: 08 jan. 2018.

CHO, Seon Mi; CHOI, Jisun. Patient Safety Culture Associated With Patient Safety Competencies Among Registered Nurses. **Journal Of Nursing Scholarship**, [s.l.], p.1-9, 15 jul. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12413>. Acesso em: 21 jul. 2018.

CLANCY, Anne; MAHLER, Marianne. Nursing staffs' attentiveness to older adults falling in residential care - an interview study. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 25, n. 9-10, p.1405-1415, 24 mar. 2016. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13240>. Acesso em: 08 jan. 2018.

COSTA, Veridiana Tavares; MEIRELLES, Betina Horner Schindwein; Erdmann, Alacoque Lorenzini. Best practice of nurse managers in risk management. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1165-1171, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692013000500021>. Acesso em: 07 jan. 2018.

DAUDT, M.L.H., MOSSEL, C.V., SCOTT, S.J. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. **BMC Med Res Methodol**. N.13, V. 48. 2013. Disponível em: <https://bmcomedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-13-48>. Acesso em: 04 jan. 2018.

DEMPSEY, Christina; ASSI, Mary Jo. The Impact of Nurse Engagement on Quality, Safety, and the Experience of Care. **Nursing Administration Quarterly**, [s.l.], v. 42, n. 3, p.278-283, 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/naq.0000000000000305>. Acesso em: 22 jul. 2018.

D'LIMA, D *et al.* Surgical Swab Counting: A Qualitative Analysis from the Perspective of the Scrub Nurse. **Journal Of Perioperative Practice**, [s.l.], v. 24, n. 5, p.103-111, maio 2014. SAGE Publications. Disponível

em: <http://dx.doi.org/10.1177/175045891402400503>. Acesso em: 10 jan. 2018.

FRANÇOLIN, Lucilena *et al.* Patient safety management from the perspective of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 49, n. 2, p.0277-0283, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000200013>. Acesso em: 08 ago. 2018.

GEORGIU, Evanthia *et al.* Barriers and facilitators for implementing the WHO's safety surgical checklist: A focus group study among nurses. **Journal Of Perioperative Practice**, [s.l.], p.1-8, 18 jun. 2018. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1750458918780120>. Acesso em: 22 jul. 2018.

GROVES, Patricia S.; FINFGELD-CONNETT, Deborah; WAKEFIELD, Bonnie J. It's Always Something. **Clinical Nursing Research**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.296-313, 4 dez. 2012. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1054773812468755>. Acesso em: 12 jan. 2018.

HA, Laurence; PEPIN, Jacinthe. Clinical nursing leadership educational intervention for first-year nursing students: A qualitative evaluation. **Nurse Education In Practice**, [s.l.], v. 32, p.37-43, set. 2018. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.005>. Acesso em: 08 ago. 2018.

IRELAND, Sandra *et al.* The Real World Journey of Implementing Fall Prevention Best Practices in Three Acute Care Hospitals: A Case Study. **Worldviews On Evidence-based Nursing**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.95-103, 25 jun. 2012. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00258.x>. Acesso em: 18 nov. 2017.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals**. 5. ed. 2013.

KIRKPATRICK, Helen *et al.* The Nurse as Bricoleur in Falls Prevention: Learning from a Case Study of the Implementation of Fall Prevention Best Practices. **Worldviews On Evidence-based Nursing**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.118-125, 10 mar. 2014. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12026>. Acesso em: 14 jan. 2018.

LASCHINGER, Heather K.s.; SMITH, Lesley Marie. The Influence of Authentic Leadership and Empowerment on New – Graduate Nurses' Perceptions of Interprofessional Collaboration. **Jona: The Journal of**



Nursing Administration, [s.l.], v. 43, n. 1, p.24-29, jan. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).  
<http://dx.doi.org/10.1097/nna.0b013e3182786064>. Acesso em: 8 ago. 2018.

LAUT, Rebecca *et al.* Leading the Nurse Within: Developing Confident Leadership Skills fr New Graduates. **The Journal Of Continuing Education In Nursing**, [s.l.], v. 49, n. 8, p.356-359, 1 ago. 2018. SLACK, Inc. <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20180718-06>. Acesso em: 28 dez. 2017.

LEA, Emma *et al.* Beyond the ‘tick and flick’: facilitating best practice falls prevention through an action research approach. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 21, n. 13-14, p.1896-1905, 5 jun. 2012. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04121.x>. Acesso em: 13 jan. 2018.

LEE, Seung Eun *et al.* Effects of Individual Nurse and Hospital Characteristics on Patient Adverse Events and Quality of Care: A Multilevel Analysis. **Journal Of Nursing Scholarship**, [s.l.], v. 50, n. 4, p.432-440, 14 jun. 2018. Wiley.  
<http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12396>. Acesso em: 22 jul. 2018.

LEE, Yee Ling Geraldine *et al.* Fall prevention among children in the presence of caregivers in a paediatric ward: a best practice implementation. **International Journal Of Evidence-based Healthcare**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.33-38, mar. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1744-1609.12003>. Acesso em: 14 jan. 2018.

MARTIN, Erik R.; KALLMEYER, Robert. Strategies to Recruit the Next Generation of Nursing Leadership Talent. Jona: **The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 48, n. 7/8, p.368-374, 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).  
<http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000631>. Acesso em: 28 dez. 2017.

MELO, Clayton Lima *et al.* Management of assistencial risks in an intensive care unit: the perception of the nursing team. **Journal Of Nursing Ufpe**, Recife, v. 7, n. 11, p.6398-6407, 1 nov. 2013. Semestral. Disponível em:  
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12285/14945>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. ISSN 1353-4505. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.full.pdf+html>. Acesso em: 26 de dez de 2017.

MIGOWSKI, Eliana R. *et al.* Interpersonal relationships and safety culture in Brazilian health care organisations. **Journal Of Nursing Management**, [s.l.], p.1-7, 20 jun. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12615>. Acesso em: 22 jul. 2018.

MILLS, D. H. Medical insurance feasibility study. A technical summary. **West J Med**, v. 128, p. 360-5, 1978. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238130/>. Acesso em: 26 dez. 2017.

NELSON, Antonia M.. Best practice in nursing: A concept analysis. **International Journal Of Nursing Studies**, [s.l.], v. 51, n. 11, p.1507-1516, nov. 2014. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.003>. Acesso em: 12 out. 2017.

NIEDERHAUSER, Victoria; WOLF, Jason. Patient Experience. **Nursing Administration Quarterly**, [s.l.], v. 42, n. 3, p.211-216, 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/naq.000000000000293>. Acesso em: 25 jan. 2018.

NUCKOLS, Teryl K. *et al.* Clinical Effectiveness and Cost of a Hospital-Based Fall Prevention Intervention. Jona: **The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 47, n. 11, p.571-580, nov. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000545>. Acesso em 14 jul. 2018.

POWELL-COPE, Gail *et al.* A Qualitative Understanding of Patient Falls in Inpatient Mental Health Units. **Journal Of The American Psychiatric Nurses Association**, [s.l.], v. 20, n. 5, p.328-339, set. 2014. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1078390314553269>. Acesso em: 05 jan. 2018.

RACHH, Pratik *et al.* Redesigning the Patient Observer Model to Achieve Increased Efficiency and Staff Engagement on a Surgical Trauma Inpatient Unit. **The Joint Commission Journal On Quality**

**And Patient Safety**, [s.l.], v. 42, n. 2, p.77-85, fev. 2016. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250\(16\)42009-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250(16)42009-x). Acesso em: 11 jan. 2018.

RIEGEL, Fernando; OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.1-5, 27 jan. 2017. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.45577>.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 5, p.728-735, 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000500013>. Acesso em: 28 dez. 2017.

SHAW, Jay *et al.* Engaging Home Health Care Providers in a Fall Prevention Best Practice Initiative. **Home Health Care Services Quarterly**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.1-16, jan. 2013. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/01621424.2013.757177>. Acesso em: 12 jan. 2018.

SHERMAN, Rose O.; SAIFMAN, Heather. Transitioning Emerging Leaders Into Nurse Leader Roles. Jona: **The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 48, n. 7/8, p.355-357, 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000628>. Acesso em: 29 dez. 2017.

SILVA, Vânea Lúcia dos Santos *et al.* Leadership Practices in Hospital Nursing: A Self of Manager Nurses. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [s.l.], v. 51, p.1-8, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016099503206>. Acesso em: 28 dez. 2017.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 37, n., p.1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>. Acesso em: 09 jan. 2018.

SORRENTINO, Patricia. Use of Failure Mode and Effects Analysis to Improve Emergency Department Handoff Processes. **Clinical Nurse Specialist**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.28-37, 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1097/nur.000000000000169>. Acesso em: 02 jan. 2018.

SOUSA, Fernanda Coura Pena de *et al.* A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s.l.], v. 26, n. 3, p.1-8, 17 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>. Acesso em: 25 jan. 2018.

STETLER, Cheryl B. *et al.* Leadership for Evidence-Based Practice: Strategic and Functional Behaviors for Institutionalizing EBP. **Worldviews On Evidence-based Nursing**, [s.l.], v. 11, n. 4, p.219-226, 1 jul. 2014. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12044>. Acesso em: 08 jan. 2018.

TARLING, Maggie *et al.* Comparing safety climate for nurses working in operating theatres, critical care and ward areas in the UK: a mixed methods study. **Bmj Open**, [s.l.], v. 7, n. 10, p.1-9, out. 2017. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016977>. Acesso em: 20 jul. 2018.

VOLPE, Cris Renata Grou *et al.* Medication errors in a public hospital in Brazil. **British Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 23, n. 11, p.552-559, 12 jun. 2014. Mark Allen Group. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2014.23.11.552>. Acesso em: 03 jan. 2018.

WAGNER, Laura M. *et al.* Nurses' disclosure of error scenarios in nursing homes. **Nursing Outlook**, [s.l.], v. 61, n. 1, p.43-50, jan. 2013. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2012.05.008>. Acesso em: 11 jan. 2018.

WILLIAMS, Tyeasha *et al.* Implementing Evidence-Based Medication Safety Interventions on a Progressive Care Unit. **Ajn, American Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 114, n. 11, p.53-62, nov. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/01.naj.0000456433.07343.7f>. Acesso em: 13 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura conceitual da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente: Relatório Técnico Final**. Genebra, 2009. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf). Acesso em: 14 set. 2017

## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso único integrado, seguindo o referencial metodológico de Robert K. Yin (2015), que busca analisar como a liderança do enfermeiro é evidenciada na gestão de risco hospitalar em instituições integrantes da Rede Sentinela do Município de Florianópolis/SC.

Robert K. Yin é formado em História pela Universidade de Harvard e pós-graduado em ciências cognitivas e cerebrais pelo Instituto de Tecnologia de Massachusetts. É estudioso na área de psicologia experimental e neurociências. A partir de 1970 seus estudos passaram a focar os métodos de pesquisa com ênfase para a estratégia de estudo de caso.

Segundo Yin (2015), o estudo de caso é considerado um estudo crítico e de profundidade, com a finalidade de confirmar se as proposições teóricas são de fato evidentemente verdadeiras. O método deve ser empregado para a compreensão de fenômenos sociais complexos e significativos da vida real, dentro de uma abordagem holística e contemporânea quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são evidentes.

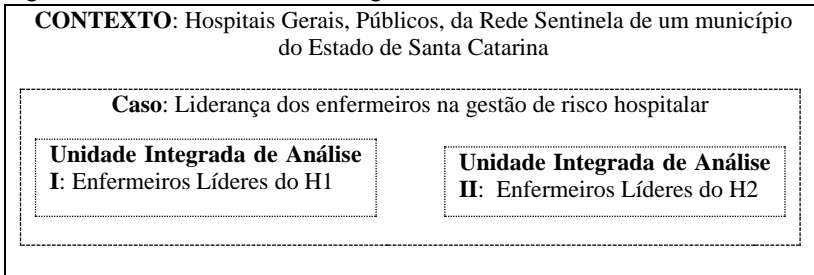
O estudo de caso é um método diferenciado, no qual existem mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e por isso conta com múltiplas fontes de evidências em que os dados podem convergir de maneira triangular. Os resultados deverão emergir diante do desenvolvimento anterior de proposições teóricas que orientarão a coleta e análise dos dados (YIN, 2015).

As proposições teóricas auxiliam o pesquisador na direção do que realmente deve ser examinado dentro do escopo do estudo. Além de estimular a reflexão para os aspectos teóricos mais importantes, também permite identificar onde encontrar as evidências mais relevantes. Elas devem permear uma generalização analítica aplicável a outras realidades em um nível conceitual superior ao de um caso específico (YIN, 2015).

A proposta deste estudo é considerada como um caso único e integrado, pelo fato de abordar a investigação de um único caso – a liderança de enfermagem na gestão de riscos – com várias unidades integradas de análise – os enfermeiros –, dentro de um contexto constituído por duas instituições hospitalares que fazem parte da Rede Sentinela de um município do Estado de Santa Catarina. Posteriormente,

os achados serão integrados constituindo uma única teoria. A Figura 5 apresenta o tipo de estudo de caso que se pretende realizar:

Figura 5 - Estudo de caso único integrado



Fonte: Adaptado de Yin (2015) pag.53, pelo autor.

Yin (2015) aborda que o estudo de caso único pode ser usado para determinar se as proposições estão corretas ou se há algum outro conjunto alternativo de explicações mais relevantes para o fenômeno. Assim, o estudo de caso único pode ser determinado como um estudo piloto decisivo para gerar uma teoria significativa, que posteriormente pode ser aplicada a outros estudos, inclusive para estudos de caso múltiplos por replicação teórica ou linear.

Ainda, é citado que “o caso deve ser algum fenômeno da vida real que tenha alguma manifestação concreta” (YIN, 2015, pag.17). O uso de unidades de análise integradas pode favorecer o surgimento de dados mais significativos e mais amplos, favorecendo os *insights* ao estudo de caso único.

Para o desenvolvimento do estudo de caso é necessária a realização do protocolo de estudo de caso (Apêndice I). Este protocolo foi utilizado como uma ferramenta para aumentar a confiabilidade da pesquisa, pois orientou o pesquisador no processo da coleta de dados, além de possuir regras que demonstram uma visão geral do projeto, das questões de pesquisa e serve de guia na confecção do relatório de caso (YIN, 2015).

#### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em dois hospitais públicos, integrantes da Rede Sentinela de um município do Estado de Santa Catarina, que são referência no atendimento de caráter geral para adultos. As duas instituições são consideradas de grande porte, pois contam com mais de 200 leitos, operam na modalidade hospital-escola com equipes de residência médica e multiprofissional em diversas áreas da saúde. O

modelo de gestão dos dois hospitais é diferenciado, pois são de esferas diferentes de governo, porém os dois pertencem à gestão pública.

Os dois hospitais foram selecionados pelo fato de terem características similares quanto ao porte e modalidade de atendimento, além de serem integrantes da Rede Sentinela do Estado de Santa Catarina. As duas instituições aderiram à Rede Sentinela desde sua implantação em meados de 2002 e possuem NSP estabelecido desde 2013, com uma composição majoritariamente por enfermeiros. Os enfermeiros também assumem cargos assistenciais e de coordenação/gerência/direção do serviço de enfermagem nesses hospitais, e em um deles os enfermeiros também têm a oportunidade de assumir a gestão de equipes multidisciplinares pela formatação do modelo de administração. Denota-se que os enfermeiros se fazem presentes em praticamente todas as comissões, grupos e núcleos existentes nestes serviços de saúde.

Atualmente a Rede Sentinela de Santa Catarina é composta por 18 instituições, e cinco delas estão localizadas no Município de Florianópolis, capital do estado. As demais estão concentradas entre o Vale do Itajaí, Planalto Norte e Sul. As regiões Oeste e Meio Oeste não possuem hospitais integrantes da Rede Sentinela em SC. A escolha da Rede Sentinela se fez marcador importante para o desenvolvimento deste projeto, pois a iniciativa da incorporação do projeto é considerada como um modelo de Gestão de Risco, por consequência, pressupõe-se que nessas instituições já exista um conceito difundido acerca da segurança do paciente e das estratégias para a garantia dela.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo 20 enfermeiros que exerciam atividades de gestão dentro das instituições pesquisadas. Foram selecionados 10 profissionais de cada instituição para a realização desta pesquisa a partir da indicação do gerente de enfermagem, que direcionou os profissionais com atuação reconhecida de liderança na gestão de riscos.

Os critérios de inclusão para os enfermeiros na pesquisa foram: (1) atuar como enfermeiro da instituição pesquisada, (2) ser reconhecido como uma liderança na gestão de riscos na instituição, e (3) atuar na instituição em cargo de gestão por no mínimo um ano. Os critérios de exclusão se aplicaram quando os participantes com potencial de inclusão para o estudo estivessem de férias ou licença durante o período da coleta de dados.

Os enfermeiros participantes da pesquisa atuavam na gestão de diversas áreas hospitalares, como nas unidades de internação de clínicas

médica e cirúrgica, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva adulto e neonatal, maternidade e centro obstétrico, ambulatorios, NSP, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), gerência de enfermagem, unidades de emergência e central de material esterilizado, o que propiciou que o estudo tenha uma ampla perspectiva de visão dos enfermeiros.

#### 4.4 COLETA DE DADOS: TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

A coleta de dados compreendeu os meses de abril a novembro de 2018, tendo início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As fontes de evidência utilizadas para esta pesquisa foram a entrevista, pesquisa documental e observação direta não participante.

Previamente à coleta de dados, foi realizado contato via *e-mail* com os gerentes de risco sanitário hospitalar para agendamento de uma visita aos locais de estudo para apresentação do projeto, identificação do local e breve reconhecimento da estrutura organizacional. No mesmo momento foram solicitados *e-mail* e/ou telefone dos gerentes de enfermagem e enfermeiros de referência das instituições para contato e agendamento das entrevistas, bem como a solicitação da preparação do material para análise documental na data de preferência e disponibilidade do profissional. As entrevistas foram realizadas integralmente pela pesquisadora.

Na metodologia do estudo de caso, as entrevistas são utilizadas como um importante instrumento de coleta de dados. São realizadas em profundidade, de forma intensiva e não estruturada. A entrevista deve ser guiada pelo protocolo do estudo de caso dentro da própria linha de investigação e formular questões verdadeiras e imparciais, durante a conversa da entrevista, de forma que atenda às necessidades de compreensão do entrevistado e às expectativas do pesquisador (YIN, 2015).

As entrevistas seguiram um questionário aberto pré-determinado pela pesquisadora e tiveram duração de 35 a 90 minutos cada. Cada entrevista foi guiada seguindo um roteiro (Apêndice II), dividido em duas partes, uma para identificação do entrevistado e coleta de dados para um breve perfil dos participantes e outra com perguntas que levassem à resposta da questão norteadora do estudo. Foram realizadas 20 entrevistas com enfermeiros em cargos de gestão e liderança, 10 enfermeiros de cada hospital.

A fim de validar o protocolo de entrevista, foi realizado um estudo piloto com uma enfermeira que não compunha a amostra selecionada para



a pesquisa, com o objetivo de aperfeiçoar as questões pré-definidas no roteiro (Apêndice II).

Conforme descrito no TCLE e autorizado pelo participante da pesquisa, as entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra. Após a transcrição, todas as entrevistas foram encaminhadas via *e-mail* para o respectivo participante com objetivo de validar as informações. “O processo de revisão desempenha um papel importante no fortalecimento e na garantia de qualidade dos resultados finais” (YIN, 2015, p. 204).

A pesquisa documental foi composta pela análise do plano de segurança do paciente de cada instituição, documentos descritivos de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), informativos, regimento interno do NSP e formulários utilizados no hospital para orientação e notificação de eventos adversos. Além disso, foram incluídos documentos governamentais como o Documento Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2014) e Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde (2017).

A informação documental é relevante para qualquer estudo de caso, pois é importante para corroborar e aumentar as evidências de outras fontes. Os documentos possuem um valor global e têm papel explícito na coleta de dados (YIN, 2015). As informações relevantes coletadas a partir dos documentos foram organizadas em planilhas de dados qualitativos, de forma que pudessem fortalecer as evidências encontradas em outras fontes de pesquisa e subsidiar a análise triangular dos dados.

A observação não participante ocorreu em dias alternados, pré-estabelecidos e sob autorização do enfermeiro de referência. Foram observados quatro momentos distintos, sendo duas passagens de plantão (uma em cada hospital), acompanhamento de uma reunião extraordinária do NSP do hospital II e o acompanhamento do processo de trabalho de um enfermeiro do NSP do hospital I. Os dados provenientes das observações não participantes foram registrados em um diário de campo segundo o instrumento de observação não participante (Apêndice III) e transcritos para as planilhas de dados qualitativos. Segundo a metodologia de estudo de caso de Yin (2015), a observação corrobora para dar novas dimensões ao entendimento do fenômeno do estudo de caso, sendo considerada uma importante fonte de evidência.

#### 4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

No estudo de caso, Yin (2015) estabelece como necessária a criação de um banco de dados. Ele servirá para preservar de forma

organizada os dados coletados para que possam ser consultados, além das evidências e conclusões do relatório.

Os componentes do banco de dados se dão por meio de documentos, tabelas, compilações narrativas e notas de campo. As notas de campo são registradas pelo pesquisador em um diário de campo em meio às entrevistas, análise de documentos ou observações. Assim, é ideal que as notas estejam organizadas, categorizadas, completas e disponíveis para consulta posterior ao estudo de caso (YIN, 2015).

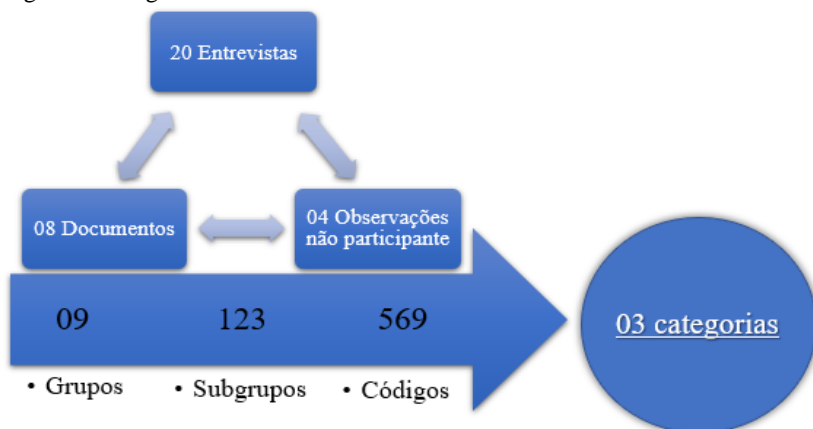
Para tanto, as notas de campo, os dados demográficos das entrevistas e os dados documentais foram organizados em documento padrão *Microsoft Excel*® na forma de planilhas qualitativas. Os dados provenientes das transcrições das entrevistas audiogravadas foram organizados em documentos padrão *Microsoft Word*® e armazenados digitalmente com *back-up* de segurança na nuvem.

A análise dos dados ocorreu de forma descritiva para a construção da explicação, realizada integralmente pela pesquisadora sem auxílio de *softwares* específicos para análises qualitativas de dados, seguindo três etapas:

**1ª etapa:** Os dados coletados foram posteriormente organizados em editor de texto com uso de quadros, para formar agrupamentos. Sempre que possível isso foi realizado logo após a coleta de dados, incluindo as transcrições das entrevistas, os dados documentais e notas de campo. Todos os dados foram identificados com data, hora e local de realização da coleta.

**2ª etapa:** Leitura horizontal e classificação dos textos das entrevistas, documentos e observação não participante em um quadro temático, estabelecendo relações e identificando semelhanças de ideias. Nesta etapa de análise triangular, ao categorizar e codificar os dados, buscou-se identificar elos causais e explicações para o fenômeno estudado. Diante dos códigos, foi possível evidenciar nove grupos temáticos, que foram sustentados por 123 subgrupos e 569 códigos (Figura 6).

Figura 6 - Diagrama de análise dos dados



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

A partir dessa codificação foram elencadas três categorias originárias das proposições teóricas do estudo de caso e mais oito subcategorias descritas no relatório de estudo de caso, que abará a construção da explicação. “As proposições teóricas ajudam a organizar toda a análise, apontando condições relevantes a serem descritas, bem como explicações a serem analisadas” (YIN, 2015, pág. 141).

**3ª etapa:** A partir da exaustiva leitura das evidências e da elaboração das categorias analíticas, foi realizado o relatório de estudo de caso com o resultado da análise das evidências conjuntamente trianguladas. A triangulação de dados é realizada quando há múltiplas fontes de evidências que visam corroborar com a mesma descoberta. A convergência das evidências e a triangulação dos dados ajudam a reforçar a validade do constructo do estudo de caso (YIN, 2015).

O relatório de estudo de caso seguiu em duas etapas. Na primeira foram explanados dados descritivos das unidades integradas de análise, dos participantes da pesquisa e das evidências encontradas de uma forma geral. A segunda etapa segue uma estrutura analítica linear na construção de um manuscrito, resultado final do projeto de pesquisa aplicado à dissertação. A estrutura linear analítica segue o método de iniciar com o problema estudado e a revisão da literatura anterior relevante, prosseguindo com subtópicos que descrevem o método, os dados coletados, a análise dos dados e as descobertas, finalizando com as conclusões e implicações para o problema original estudado (YIN, 2015). O relatório final será direcionado aos participantes do estudo para divulgação do produto da pesquisa.

A técnica de análise de dados para construção da explicação tem como objetivo construir uma explicação sobre o caso utilizando uma combinação de evidências e de acordo com as proposições teóricas e o referencial teórico escolhido, de forma elucidada, explicando o fenômeno por um conjunto presumido de elos causais sobre como ou porque algo aconteceu. A análise se dá a cada nova evidência, realizando a revisão das proposições de modo iterativo em um processo de refinamento de um conjunto de ideias considerando explicações plausíveis ou até mesmo rivais (YIN, 2015).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Foi aprovado sob o Parecer número 2.646.544, CAAE 84192118.3.0000.0121.

Este estudo foi desenvolvido em indivíduos com autonomia plena e com recursos humanos e materiais necessários que garantiram o bem-estar do participante da pesquisa, assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes, garantindo o uso das informações sem prejuízo para as pessoas e/ou comunidades e respeitando os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

Para tanto, ao utilizar trechos do depoimento dos participantes na divulgação dos resultados, serão empregados pseudônimos compostos pela letra H (de hospital) e um numeral de 1 a 2, considerando as duas instituições envolvidas, seguida da letra L (de líder) ou também acompanhada de um numeral que indica a ordem sequencial de entrevista realizada em cada instituição, de 1 a 10, no intuito de garantir o seu anonimato e das instituições.

No encontro com cada participante foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice IV), explicitando as informações quanto à natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, riscos e respeitando suas singularidades. Os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa e estavam dentro dos critérios de seleção declararam ciência e concordância da participação no projeto e livre vontade por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV). Foi assegurado o seu direito à livre participação no estudo, e à sua desistência, sendo os dados

coletados somente após a autorização verbalizada e escrita dos participantes, garantindo sigilo sobre as informações prestadas e o seu anonimato. Uma via do TCLE contendo o contato dos pesquisadores foi entregue a cada participante.



## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados desta pesquisa estão organizados na forma de um relatório individual de caso dividido em três partes. A primeira aborda uma breve apresentação do contexto em que o estudo foi realizado. Já a segunda parte descreve uma síntese das unidades integradas de análise (enfermeiros). E a terceira parte segue uma estrutura analítica linear que aborda a construção da explicação e a discussão dos resultados obtidos, originando o segundo manuscrito desta dissertação, intitulado: “Melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão do risco hospitalar: estudo de caso”. Este tópico segue a Instrução Normativa 01/PEN de 17 de agosto de 2016, que dispõe sobre a elaboração e apresentação dos trabalhos de conclusão de cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem da UFSC.

### **5.1 RELATÓRIO INDIVIDUAL DO CASO**

Este relatório busca apresentar o caso da liderança dos enfermeiros na gestão de risco hospitalar, descrevendo características do contexto do caso e das unidades integradas de análise, práticas, ações e fatores que interferem e/ou contribuem para a segurança dos pacientes e das demais pessoas que circundam o ambiente e suas interações. As informações foram extraídas de documentos institucionais, relatos dos participantes da pesquisa e das observações não participantes realizadas no decorrer da coleta de dados.

#### **5.1.1 Contextualização do caso**

Para contextualizar o leitor sobre este estudo de caso, foi identificada a importância de apresentar alguns dados relacionados aos aspectos históricos e políticos locais e das unidades investigadas, bem como os resultados a partir da análise dos dados coletados.

É revelado que o cuidado de enfermagem sempre se baseou em entregar qualidade e segurança aos pacientes, evitando ao máximo os danos que possam acontecer a eles, tanto proveniente dos profissionais, como do ambiente e por parte deles próprios, da sua família ou condição social. Porém, essa visão de cuidado era única e individual até o momento em que foram estabelecidas políticas de saúde que enfatizassem essa responsabilidade do cuidado a todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde, seja em áreas diretas ou indiretas em relação ao paciente.

As duas instituições pesquisadas demonstraram preocupação com a segurança dos pacientes e das demais pessoas que circulam pelo hospital, onde foram evidenciados lembretes e alertas de segurança pelos painéis, corredores e diante da postura dos profissionais durante a execução do seu serviço. Mesmo tomando conhecimento da obrigatoriedade da constituição de núcleos e comissões de vigilância e segurança em saúde, antes da existência da legislação já eram adotados procedimentos, nem tanto técnicos ou sistematizados, para a inevitabilidade de falhas ou danos.

Entretanto, foi declarado que após a instituição das portarias legais e a cobrança dos órgãos fiscalizadores a cada um dos hospitais é que foi dada ênfase na constituição sistematizada das comissões e núcleos, em grande, se não em total parte, lideradas pelos enfermeiros. Neste tocante, cabe o relato de uma das enfermeiras entrevistadas:

No começo a gente teve bastante resistência, bastante dificuldade, a maioria do grupo era enfermeiros. Então, parecia que a gente era um bando de enfermeiro inventando coisa. Era essa a sensação. A gente estava bem desmotivada... (H1L5)

Porém, com a cobrança cada vez mais efetiva em âmbito mundial e as exigências legais, a liderança de enfermagem em relação à segurança do paciente foi ganhando espaço, ainda com muita dificuldade, mas reforçando a posição dos enfermeiros como referência por meio dos programas de gestão de riscos:

Então a vigilância bateu aqui e o Núcleo era fundamental para conseguir todos os alvarás, entende? Então eles começaram a ver que o Núcleo... um dos critérios do alvará era ter o plano de segurança, que não tinha... Então a direção começou a ver com outros olhos, digamos assim. Mas foi bem difícil no começo... (H1L5)

Os resultados mostram que grande parte das ações para gerenciamento de riscos nos hospitais eram abordadas pelos outros profissionais como sendo específicas e inerentes à enfermagem, notadamente mais voltadas para os enfermeiros, profissionais de referência nas unidades:

Às vezes é algo tão natural que acham que é até específico do enfermeiro, né? (H2L7)



Mas eu não sei, parece que a preocupação maior é pela enfermagem, sabe? Eu acho que a enfermagem tem mais esse olhar da segurança. (H1L5)

Acho que dentro do hospital, a todo momento, a gente tá tentando fazer medidas pra prevenir, né, o risco. (H2L4)

O enfermeiro acaba sendo o gestor da unidade, e o gestor dos riscos que vão ocorrendo. Eu penso que eles nos identificam como referência. (H2L4)

No dia a dia, a gente acaba conversando muito assim, a enfermagem principalmente, fazendo esse elo entre fonoaudiologia, medicina, psicologia, serviço social e aí trazendo as demandas no sentido de melhorar. (H2L10)

Para tanto, está justificada a conveniência de realizar o estudo de como estes profissionais atuavam e se comportavam em relação à liderança, para que seja possível identificar contribuições replicáveis e que sirvam de embasamento para direcionar o exercício da enfermagem na perspectiva de aumento da qualidade e minimização de riscos das unidades hospitalares, como apresentado a seguir.

### **5.1.2 Descrição das Unidades Integradas de Análise**

As unidades integradas de análise são compostas pelos enfermeiros líderes participantes da etapa de entrevista desta pesquisa, seguindo os critérios metodológicos já informados ao longo desta dissertação. Como esta pesquisa é considerada um estudo de caso único e integrado, os dados obtidos através dos participantes foram agrupados de forma unificada a fim de explanar um panorama geral do perfil dos participantes, que estarão descritos na sequência.

Participaram do estudo 20 enfermeiros que exerciam cargos de liderança e gestão nas duas instituições selecionadas para a pesquisa, sendo 10 enfermeiros de cada hospital. Todos os enfermeiros eram do sexo feminino, a enfermeira que tinha a maior idade possuía 52 anos e as que tinham a menor idade eram duas, com 31 anos. A média de idade das entrevistadas ficou em 40,7 anos.

Foi questionado sobre a formação acadêmica de cada uma das entrevistadas. Uma enfermeira tinha somente a graduação em enfermagem (6%), 10 enfermeiras possuíam especialização (56%), cinco enfermeiras possuíam mestrado (28%) e quatro enfermeiras, doutorado (22%).

Acerca do tempo de atuação profissional na área de enfermagem e na área de gestão de enfermagem, os dados estão apresentados conforme a Tabela número 1:

Tabela 1 – Tempo de atuação profissional das enfermeiras entrevistadas

Tempo de atuação	Enfermagem		Gestão de Enfermagem	
	Total	(%)	Total	(%)
1 a 5 anos	0	0	7	39
6 a 10 anos	4	22	6	33
11 a 15 anos	6	33	1	6
16 a 20 anos	3	17	4	22
21 a 25 anos	4	22	1	6
Mais de 25 anos	3	17	1	6
<b>Média geral em anos</b>	16,9 anos	-	9,9 anos	-

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Quanto à formação em liderança, 12 enfermeiras informaram já terem feito algum curso específico, seja de curta ou longa duração. Porém, oito enfermeiras que exerciam cargos de gestão informaram nunca terem realizado qualquer tipo de formação complementar em liderança. Isso demonstra que 67% das entrevistadas possuíam conhecimento na área.

As enfermeiras participantes foram indicadas pela gerência de enfermagem de cada instituição, pois se subentendeu que estas profissionais exerciam cargos efetivos de liderança e possuíam conhecimento sobre segurança do paciente. As indicações foram para enfermeiros gestores de diversas áreas hospitalares, englobando: unidades de internação de clínica médica e clínica cirúrgica, isolamento, unidades de terapia intensiva adulto e neonatal, centro cirúrgico, ambulatórios, emergência, maternidade, centro de material esterilizado, gerências e unidades administrativas, o que torna a pesquisa rica na amplitude de olhares e saberes.

## 5.2 MANUSCRITO 2: MELHORES PRÁTICAS DE LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DO RISCO HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO

Mônica Emanuele Köpsel Fusari<sup>1</sup>  
Betina Hörner Schindwein Meirelles<sup>2</sup>  
Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni<sup>3</sup>

### Resumo

Estudo que objetiva evidenciar as melhores práticas de liderança dos enfermeiros que contribuem para a Gestão de Risco Hospitalar em hospitais públicos de Santa Catarina. Trata-se de um estudo de caso único com duas unidades integradas de análise, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados de abril a novembro de 2018, por meio de entrevistas focadas com enfermeiros gestores, observação não participante e pesquisa documental. A análise dos dados ocorreu por meio da técnica analítica para construção da explanação, da qual emergiram três categorias: Liderança e habilidades do enfermeiro para a efetiva gestão de riscos; Práticas de enfermagem pautadas em diretrizes de qualidade para a segurança do paciente; e A importância do conhecimento na liderança do enfermeiro e desenvolvimento da cultura de segurança. Concluiu-se que a liderança de enfermagem é essencial para a construção de uma cultura de segurança e que as características de um líder perpassam habilidades técnicas e/ou cargos formais, pois se baseiam na

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis/Santa Catarina, Brasil. Endereço: *Campus* Universitário – Trindade - 88040-900 – Florianópolis/SC, Brasil. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde – Bloco I – 4º andar. *E-mail*: monicakopsel@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do GEPADES e do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). Florianópolis, Brasil. *E-mail*: betina.hsm@ufsc.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do GEPADES. Florianópolis, Brasil. *E-mail*: gabriela\_lanzoni@ufsc.br

influência que cada um pode exercer em busca de um cuidado eficiente e seguro.

**Descritores:** Melhores práticas; Enfermagem; Liderança; Segurança do Paciente.

## **Introdução**

A crescente expansão do acesso às informações, das inovações tecnológicas, das mudanças culturais e políticas tem influenciado diretamente a organização do trabalho na área da saúde, uma vez que o processo de cuidado é transformado diariamente e exige dos profissionais cada vez mais a busca por aprimoramento. Pela complexidade do trabalho, os ambientes de saúde são reconhecidos como de alto risco e uma cultura de segurança influencia diretamente nos resultados dos pacientes (MURRAY; SUNDIN; COPE, 2017).

Assim sendo, a busca por evidências científicas que qualifiquem as ações realizadas é cada vez mais valorizada dentro do meio acadêmico e profissional. Tanto que a adoção de critérios advindos de estudos da Prática Baseada em Evidências (PBE) tem se tornado destaque na discussão da organização dos processos de trabalho. Por se basear em resultados de estudos científicos, somados ao desenvolvimento da habilidade profissional e ao respeito pelas preferências e escolhas dos pacientes, a enfermagem tem-se atrelado cada vez mais a essa metodologia para embasar a tomada de decisão do cuidado (OKUNO; BELASKO; BARBOSA, 2014).

Tal fato tem demonstrado relevância, quando divulgados alguns dados em relação à assistência em saúde realizada em hospitais. Uma revisão sistemática realizada na Nova Zelândia demonstrou que 29% das internações hospitalares têm a ocorrência de eventos adversos, na maioria leves, e que de 36% a 72% desses eventos poderiam ser evitados (HEALTH QUALITY & SAFETY COMMISSION, 2016). Já, no Brasil, havia 4.040 núcleos de segurança do paciente cadastrados até dezembro de 2018. Entre março de 2014 a dezembro de 2018 foram notificados 272.689 eventos adversos, dos quais aproximadamente 94% foram registrados em hospitais e, dentre eles, 129 eventos resultaram em óbito (BRASIL, 2018).

Levando em consideração que os dados sobre a ocorrência de eventos adversos e o custo deles para o sistema de saúde ainda são alarmantes, mesmo em países desenvolvidos (CIHI, 2016), a qualificação do serviço de assistência hospitalar tem-se voltado para práticas de segurança e gestão de riscos, uma vez que evitar eventos adversos requer

uma abordagem sistêmica e multiprofissional, posto que os erros são resultado de falhas que iniciam nas decisões gerenciais e processos organizacionais até atingir os pacientes (MURRAY; SUNDIN; COPE, 2017).

Baseado nessa premissa, já foi constatado que a liderança organizacional é o fator mais influente na formação de uma cultura de segurança em saúde e que são necessários mecanismos para o desenvolvimento desta liderança visando à melhoria dos serviços (WEST *et al.*, 2015). Para tanto, é percebido que o enfermeiro tem atuação estratégica na articulação do cuidado em saúde, uma vez que realiza a mediação das relações entre os profissionais da equipe, sensibilizando e estimulando um trabalho integrado e efetivo em busca da promoção da qualidade por meio do desenvolvimento das melhores práticas assistenciais (SANTOS *et al.*, 2016).

Ambientes em que a liderança organizacional contribuiu para o desenvolvimento de políticas de segurança evidenciaram uma diminuição de eventos adversos de maneira significativa, demonstrando que o comportamento de liderança tem influência direta nos resultados dos pacientes (O'CONNOR, CARLSON, 2016). Portanto, os enfermeiros, como líderes organizacionais, precisam aprimorar suas competências de liderança na transformação e no avanço da qualidade e segurança em saúde, com vistas ao aprimoramento da experiência do cuidado, para melhorar a saúde da sociedade, reduzir custos e promover o aperfeiçoamento dos profissionais (JEFFS, 2018).

A partir da necessidade de compreender os comportamentos de liderança de enfermagem e as competências para o desenvolvimento da PBE na segurança e qualidade nos ambientes de saúde (SHUMAN *et al.*, 2018), o presente estudo tem como objetivo evidenciar as melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão de risco hospitalar através de um estudo de caso.

## **Método**

Trata-se de um estudo explanatório e descritivo, de abordagem qualitativa, com estratégia metodológica de estudo de caso único, composto por duas unidades integradas de análise (UIAs). Por ser um estudo crítico e de profundidade, o estudo de caso tem a finalidade de confirmar se as proposições teóricas são de fato verdadeiras. É empregado para a compreensão de fenômenos complexos e significativos da vida real quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são evidentes (YIN, 2015).

O estudo teve como cenário dois hospitais públicos, de grande porte e atendimento generalista, situados no Sul do Brasil e integrantes do Programa Rede Sentinela. A escolha de tal contexto se deu pelo fato de se pressupor que instituições participantes deste programa já têm implementadas ações de gestão e prevenção de riscos hospitalares e sanitários, permitindo explorar melhor as práticas realizadas pelos enfermeiros no seu cotidiano de liderança.

Os participantes foram enfermeiros, indicados pelos gestores de enfermagem e gerentes de risco da instituição, que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: (1) atuar como enfermeiro da instituição pesquisada, (2) ser reconhecido pelos enfermeiros como liderança na gestão de riscos, e (3) atuar na instituição em cargo de gestão por no mínimo um ano. A partir destes critérios foram selecionados 20 enfermeiros para realização das entrevistas.

A coleta de dados ocorreu entre abril e novembro do ano de 2018. Para isso, optou-se por três fontes de evidências que convergiram de modo triangular, as quais foram: pesquisa documental, observação não participante e entrevistas focadas. Após o reconhecimento do cenário local, a coleta de dados foi realizada de forma ordenada e concomitante, de acordo com cada fonte de pesquisa. No estudo de caso são consideradas mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e por isso conta com múltiplas fontes de evidências em que os dados podem convergir de maneira triangular (YIN, 2015).

A análise dos dados foi realizada de acordo com a metodologia de estudo de caso, de forma descritiva para a construção da explicação, seguindo três etapas. A primeira etapa correspondeu à organização dos dados formando agrupamentos. Isso inclui a transcrição das entrevistas, dados documentais e notas de campo. A segunda etapa se deu a partir da leitura horizontal e classificação dos textos em um quadro temático, estabelecendo relações entre as ideias. Nesta etapa foram identificados os aspectos inteligíveis e explicações para o fenômeno estudado.

A partir do agrupamento de dados foi possível estabelecer três categorias centrais originárias das proposições teóricas do estudo e oito subcategorias. Na sequência, deu-se entrada na terceira etapa de análise dos dados, a qual envolveu a leitura exaustiva das evidências trianguladas de modo iterativo, revisando as proposições iniciais e refinando as ideias a fim de apresentar uma explicação para o caso. A técnica de análise de dados para construção da explicação objetiva construir uma explicação utilizando evidências combinadas e de acordo com as proposições teóricas e o referencial teórico escolhido, de forma elucidada, explicando

o fenômeno por um conjunto presumido de elos causais sobre como ou porque algo aconteceu (YIN, 2015).

Foram seguidos os princípios éticos da pesquisa em todas as suas fases, de acordo com as recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSC pela Plataforma Brasil e aprovado sob o Parecer número 2.646.544 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 84192118.3.0000.0121. Para garantir o sigilo das informações e o anonimato das instituições e participantes, estes estarão representados por códigos (H1L1, H1L2, H2L1...) no decorrer do texto.

## **Resultados**

Buscando evidenciar as práticas de liderança do enfermeiro que contribuem para a gestão de risco hospitalar, emergiram três categorias: (1) Liderança e habilidades do enfermeiro para a efetiva gestão de riscos; (2) Práticas de enfermagem pautadas em diretrizes de qualidade para a segurança do paciente; e (3) A importância do conhecimento na liderança do enfermeiro e o desenvolvimento da cultura de segurança. Elas apresentadas a seguir.

### **Liderança e habilidades do enfermeiro para a efetiva gestão de riscos**

Todos somos iguais e ao mesmo tempo diferentes. Algumas pessoas nascem com facilidade para desenvolver determinadas atividades, enquanto que outras precisam de treinamento e persistência até atingirem o mesmo resultado. Quanto ao profissional de enfermagem, particularmente o enfermeiro, também há evidências que o colocam assim em relação à sua habilidade de liderança. Algumas pessoas são mais predispostas a liderar, enquanto que outras precisam de tempo e esforço para conquistar a confiança e estabelecer o comando da equipe:

[...] liderança é perfil. Tu podes ser moldado e existem as atribuições, né? Eu acho assim, principalmente, padronização do cuidado, faz parte de atribuições que vão te ajudar a manter aquilo ali, liderando. (H2L1)

Particularmente na área da saúde, os profissionais iniciam sua formação com um nível de exigência extra, pois irão lidar com situações críticas, inesperadas, sob pressão, sob cobrança e contribuindo

diretamente na qualidade do resultado final do seu trabalho, que nada mais é do que a vida humana.

E para aumentar a complexidade que envolve o “ser” enfermeiro, ele ainda precisa, inerentemente à profissão, comandar uma equipe, sendo responsável pelo planejamento e gestão da unidade de trabalho, dos insumos, do cuidado de enfermagem, além de outras inúmeras variáveis que permeiam o ambiente, para promover o melhor atendimento possível àquela pessoa.

O enfermeiro é tudo. Ele que avalia o paciente, ele que vai planejar o cuidado desse paciente. Se ele tiver essa visão de que ele, que a avaliação dele é importante [...], se ele chegar no plantão e tem um paciente novo, ele avaliar o paciente corretamente, e ele saber planejar o cuidado desse paciente com a equipe dele, ele previne de 90 a 95% dos danos. (H1L7)

Nessa perspectiva, foi pautada a questão da postura do enfermeiro como líder da equipe para promover a gestão de riscos das unidades hospitalares, onde as atitudes do dia a dia provam que, independentemente do nível hierárquico, o enfermeiro precisará de uma forma ou de outra atuar à frente da sua equipe:

Para mim, no dia a dia, o enfermeiro que está ali, todos deveriam ter liderança. Não acho que só o coordenador, acho que não é só porque o coordenador não está na unidade que a unidade não tem que funcionar, porque, se tem um enfermeiro assistencial, ele tem que saber ser líder também, né? (H1L10)

Nesse sentido, foi identificado na atuação dos enfermeiros durante as observações não participantes, destacando a reunião extraordinária do NSP, que a enfermeira de referência de uma das unidades intensivas do hospital relatou que realizava diariamente atividades de identificação e prevenção de riscos, repassando para sua equipe observações importantes acerca do cuidado com cada paciente. Além disso, implantou dentro do setor vários pequenos processos que sinalizam riscos ou alertam para prevenção de erros na assistência. A postura proativa desta enfermeira foi pautada como destaque para reprodução em outras unidades hospitalares.

Frente a isso, é destacado que a maneira com que o enfermeiro se posiciona diante das situações, o direcionamento e a tomada de decisão



também são fatores que interferem diretamente no comportamento do seu grupo:

Quando tem uma intercorrência, por exemplo... Assim, é bem visível como a equipe reage diferente quando ela sabe que tem um enfermeiro que ele vai se manter calmo, que ele vai conseguir liderar a equipe, que ele vai conseguir dizer o que tem que fazer, que ele vai conseguir direcionar a coisa... (H1L10)

Acho que isso a liderança envolve muito, porque, assim, o enfermeiro... ele é o líder. Mas, se ele não é um bom líder, a equipe também não tem um bom desempenho, né? (H1L4)

Quando tem um enfermeiro que não tem essa visão do todo, ele se sente inseguro, a equipe se sente insegura. E, se a equipe se sente insegura, vai bater lá no paciente, que não vai receber a assistência melhor que ele poderia. (H1L10)

Junto a isso e corroborando com os achados das observações, o enfermeiro foi associado ao modelo de cuidado profissional, a uma referência e um exemplo para a equipe:

O enfermeiro tem que ser modelo de cuidado, de preocupação, de segurança do paciente... Então eu acho que, se o enfermeiro não mostrar essa preocupação, não puxar isso, é difícil uma equipe puxar, entendeu? (H1L5)

Essa questão se relaciona ao fato de o enfermeiro conhecer o processo, ser multiplicador e acima de tudo ter engajamento pessoal pela causa, acreditando na melhoria do cuidado de enfermagem com ações de minimização de riscos:

Mas eu percebo de uma forma muito de personalidade, acho que a pessoa que já é proativa, que já é envolvida, ela automaticamente abraça a causa. A pessoa que de personalidade não gosta do que faz, não gosta de assistência, automaticamente não se envolve, não acompanha, e acaba [...] não sendo um bom exemplo pra equipe, pra não usar outras palavras assim, sabe? (H2L5)

Tu tens que estar sempre disposta a motivar a equipe, a levar isso adiante, porque eles não vão, não vai. E, se tu não acreditas naquilo que tu tá

implantando, não funciona. Tem que acreditar.  
(H1L4)

E para a que o cuidado esteja voltado para a prevenção de riscos, foi apontado que o comprometimento é um atributo muito importante para um líder, porém nem sempre existe adesão por todos aqueles que estão à frente da equipe. Assim, foi demonstrado que a relação de comprometimento e efetivação da liderança para a gestão de risco perpassa pela condição de se gostar do que faz:

Compromisso profissional é imprescindível.  
(H2L2)

Em primeiro lugar, eu acho que os enfermeiros têm que ter um comprometimento. Eles têm que estar numa unidade que eles gostem da unidade, que eles sintam prazer em trabalhar aqui dentro... (H2L10)

Mas somente o comprometimento não é um parâmetro para a efetividade, é necessário que se tenha um olhar ampliado sobre as pequenas atividades muitas vezes negligenciadas pela alta demanda de serviço:

Comprometimento assim, sabe? Tu ter noção que aquilo é muito importante para o paciente. Porque, assim, a medicação, tipo: não é só tu fazeres errado, não é só ver errado, tu deixares [...], a subdose, isso também é um dano, né? (H1L3)

E que a partir disso possa ser reconhecida a dimensão do impacto que as atividades de um líder engajado na melhoria do cuidado possam fazer pelo sistema e pela sociedade:

O que que esses erros querem dizer? Falha no processo. (H2L4)

Quando a gente não trabalha nos processos, os riscos permanecem ali e podem acontecer, a qualquer momento algum evento, independente se é para paciente, familiar, se é para profissional.  
(H2L3)

Não teve o erro porque foi identificado, mas tem que ser prevenido, porque esse foi identificado, o próximo poderia não ter sido identificado, né?  
(H2L5)

As afirmações trazidas acima são compatíveis com o que é abordado pelos documentos e cadernos do Ministério da Saúde, pois demonstram que os enfermeiros têm a consciência de que o erro é algo

real, e os processos precisam ser avaliados permanentemente para que se possa garantir a identificação de novos riscos e ações para evitá-los.

Para que isso seja possível, o enfermeiro tem que estar participativo no processo de cuidado e demonstrar a importância de evidenciar um risco, de corrigir uma falha e evitar um dano. Tomar atitudes assertivas e orientar sua equipe sobre o que está sendo feito e cobrado:

Às vezes, quando eu vejo nomes repetidos, eu falo: Olha, tem nome repetido nas agendas, chama pelo nome e sobrenome. Então sempre tenho isso assim. (H2L1)

Aí, às vezes eu evidenciei uma maca quebrada, ou uma cama quebrada e já tirava ela de circulação. É bem melhor tu teres um leito fechado do que ter uma queda de um paciente. (H1L1)

Quando eu evidencio alguma coisa no prontuário do paciente que eu vejo algum registro, vou lá na unidade conversar com o enfermeiro... de fazer uma notificação quando acontece o evento para a gente conseguir fazer a investigação, poder fazer... sei lá... se for troca de material a evidência, providenciar isso. (H1L8)

Então, eu tento sempre, na conversa, assim, mostrar o porquê eu estou cobrando aquilo, entende? Acho que não é só chegar e mandar, e sim dizer um porquê. Então, eu gosto sempre de justificar essa minha preocupação. (H1L5)

E outra questão pautada praticamente como consenso entre os enfermeiros é de que, mesmo estando na gestão, ele precisa ser presente e atuante nas unidades, fazendo supervisão direta dos demais colaboradores, orientando e demonstrando cada etapa do processo de trabalho.

Eu vejo assim que, em relação à gestão de risco, quando a gente tá junto e realmente explicando o porquê daquilo, eles realmente, eles abraçam a causa e vão, vão em frente e são realmente os líderes nessa atuação. (H2L3)

A questão de nós demonstrarmos também, de nós fazermos o trabalho, eu não digo uma primeira vez, a gente faz várias vezes, até demonstrar que aquilo é importante, sabe? Demonstrar, os *checklists*, por exemplo, de preenchimento pré-operatório, eles

também às vezes não valorizam. E, então, a gente tem que sentar e preencher juntos algumas das primeiras vezes assim, até o pessoal automatizar. (H1L9)

Pois, quando o enfermeiro gestor se coloca ativo no serviço, ele consegue acompanhar as dificuldades, priorizar as atividades e direcionar as ações de forma que incentive os demais a se engajarem e compreenderem o processo de gerenciamento de riscos. Da mesma forma, ele poderá enxergar o serviço de diversos ângulos, servindo como ponte para ajustes que dependem da administração institucional, num fluxo multidirecional de validação do processo:

Gosto de fazer uma liderança bem na prática, porque eu me coloco na escala, eu vou para a prática com eles, eu acompanho as atividades. (H2L5)

Como eu te disse, a questão de que eu acho que o enfermeiro tem que estar na ponta, que tem que saber fazer os procedimentos e demonstrar na prática pra um grupo técnico que ele tem habilidade técnica, e que, além das questões de liderança e gerenciais, né, ele realmente, precisa ser realmente bom, ele precisa saber fazer tudo, né? (H1L9)

Quando o enfermeiro está presente, o grupo se sente mais fortalecido e a informação vai para a ponta, [...] e são os enfermeiros da ponta que vêm também... (H2L4)

Estando mais perto da equipe é possível ajustar meios de incluir a gestão de risco na rotina condicionada da enfermagem, como na execução da Sistematização da Assistência:

O que é orientação e o que a gente estimula a equipe? Que, quando eles vão fazer o histórico, eles já identifiquem qual a necessidade daquele paciente, para estar sinalizando, para evitar esses riscos, e até estar implementando a prescrição de enfermagem conforme a necessidade do paciente, e esses riscos identificados já no histórico do paciente. (H2L6)

Levando em consideração os protocolos de segurança do paciente contemplados nos PSPs das duas instituições e as rotinas praticadas pela enfermagem até então, pode-se destacar que há necessidade de adequações e mudanças de processos no serviço de enfermagem. Porém,

foi observado que a equipe de enfermagem ainda tinha dificuldades de incorporar essas ações como parte do seu trabalho, ao invés de um trabalho a mais.

Por isso, a presença do enfermeiro como líder do grupo inserido no dia a dia e a sua postura frente às responsabilidades que a profissão exige acabam tornando-o um membro diferenciado no serviço de saúde:

Todas as situações do dia a dia, eu acho que tu consegues sentir quando o enfermeiro está presente na liderança e quando ele não está, quando é um enfermeiro mais omissivo, aí as coisas acabam sendo mais relapsas. Então, eu acho que o enfermeiro tem que ter a liderança a partir do momento que ele estaciona o carro no hospital. (H1L10)

Então tem se cobrado um pouco mais dos enfermeiros também, isso fez uma diferença muito grande no nosso dia a dia. Eu acho que esse papel do coordenador que vem da gerência para o coordenador, o coordenador vai também acabar cobrando dos enfermeiros assistenciais e dos técnicos, isso vai fazer diferença no dia a dia, é o compromisso da equipe realmente. (H1L8)

Ao mesmo tempo, cabe ao bom líder compreender que, mesmo tendo domínio das atividades e a confiança das pessoas, ele não poderá estar presente em todos os momentos para orientar, supervisionar, acolher e auxiliar os demais. Portanto, foi pontuado que o estímulo à composição de pequenas lideranças dentro do grupo, a partir do reconhecimento do perfil e da disposição de determinada pessoa em contribuir com o trabalho, é uma conduta favorável:

Uma gerência, por exemplo, não consegue supervisionar todos os seus subordinados, então precisa haver o engajamento das pequenas lideranças, no meu ponto de vista. E aí, eu acho que na minha realidade, desta instituição, há essa predisposição pessoal mesmo, da pessoa valorizar a ideia, saber que isso vai minimizar o nosso próprio trabalho no futuro. (H1L9)

Eu acho que tem que ter um envolvimento e delegar pessoas que sejam monitoras, não sei o termo certo, dizendo aqui, do meu entendimento, para que elas sejam também facilitadoras no processo e comecem a trabalhar a conscientização de tudo isso. (H2L9)

Porque eles têm os líderes, além do líder hierárquico que o enfermeiro exerce sobre a equipe, tem os líderes internos ali da equipe de técnicos mesmo, então, é saber identificar essas pessoas, e trazer cada vez mais, e identificar as outras que não têm tanto esse envolvimento e tentar trabalhar com elas também. (H2L5)

A formatação de gestão das instituições prevê que em cada unidade ou área assistencial se tenha um enfermeiro gestor (referência) e enfermeiros assistenciais, além da equipe de técnicos de enfermagem. Nas situações em que essa premissa é uma realidade, foi observado que o planejamento se torna mais palpável e que há condições de os enfermeiros assumirem efetivamente suas atividades junto ao grupo.

Assim é possível que o enfermeiro consiga realizar o planejamento de acordo com a priorização das atividades, pois nem sempre ele conta com os recursos disponíveis na mesma proporção da complexidade dos pacientes e do fluxo da sua unidade, o que pode propiciar a ocorrência de erros:

A nossa atividade é uma atividade que eu peço que elas façam com cautela, quando falta gente, eu peço que elas deem prioridade, prioridade para medicação, para diluir correto, para ter certeza do que está fazendo, se não der pra dar banho de manhã, dá o banho à tarde, mas que faça as coisas com cautela, sabe? (H2L5)

Da mesma forma, faz parte da gestão reconhecer as habilidades de cada membro da sua equipe e poder alocá-los em posições nas quais eles tenham maior domínio e afinidade, para que sejam facilitadores na prevenção de falhas e eventos adversos. Quanto mais familiarizado com o local de trabalho e maior identificação com a área, maior a tendência de qualidade no cuidado:

Eu procuro manter sempre as mesmas pessoas na sala de recuperação, por exemplo, a gente vê quem tem mais domínio, tem mais visão [...]. Algumas têm mais perfil de ficar em sala instrumentando, outras de ficar circulando, outras na sala de recuperação, outras auxiliam na anestesia, então a gente distribui isso na escala, tem os perfis, né? [...] Claro que, normalmente, a gente procura treinar todos para tudo, porque tem plantão de final de semana. Mas a gente tem pessoas específicas sim,

que têm uma boa desenvoltura em determinada área, que é bem mais específica, enfim, acaba rodando assim o pessoal, mas tem isso, preferências também, né? (H1L4)

Asseverando a questão das habilidades técnicas e do conhecimento como um atenuante para a ocorrência de erros na assistência de enfermagem, também foi consenso entre os enfermeiros que as ações voltadas para orientação e educação de pessoal são condição *sine qua non* para a gestão de riscos e segurança do paciente. Porém, foi ressaltado que essas ações precisam ser práticas, voltadas para o dia a dia profissional, com estratégias diferentes de um treinamento convencional:

Eu acho que, conversado no dia a dia do profissional, nas atividades pontuais, acho que vai conscientizando muito mais do que fazer uma aula numa sala de aula para um público, né? Parece que não chega no meu dia a dia, 'Ah isso nunca aconteceu comigo, então não me serve.', e se eu for no ponto levantado acho que favorece. (H1L8)

E a gente até está pensando em fazer os novos, nossos próximos treinamentos um pouco assim, meio que simulação... Que eu acho que, quando tu fazes a pessoa pensar mesmo, envolve, eu acho que tem um resultado bom. (H2L4)

Não adianta chamar para uma capacitação de uma hora na sala de aula, porque o pessoal já não desce, é difícil se desvencilhar da unidade, então a gente preferiu fazer uma capacitação um pouco menor, mais breve e na unidade, no ponto de assistência. Reunir a equipe, conversar com eles, meia hora, um pouco mais, mas lá no ponto de assistência, surte mais efeito do que chamar o povo aqui. (H1L8)

Eu falo muito para elas fazerem rodas de conversa, pegar passagem de plantão. Eu uso muito da passagem de plantão para conversar sobre o assunto, quando surge alguma coisa na passagem de plantão do tipo: exteriorização de cateter, paciente em contenção mecânica, ou alguma possível queda. (H2L5)

É bem bacana, a gente fez simulação realística de como abordar um evento... depois a gente discute como eu deveria ter me posicionado, se eu me posicionei corretamente, é um aprendizado incrível. (H2L4)

Então, a gente começou a trabalhar assim, mostrando as notificações, e acho que está tendo agora uma conscientização dos enfermeiros para estar seguindo... seguindo as metas de segurança... acho que já foi pior... agora está bem melhor... já está bem encaminhado. (H1L5)

Além disso, a tecnologia atinge de forma direta a vida profissional em todos os âmbitos e outras ferramentas têm sido utilizadas como meio de compartilhamento de informações e troca de opiniões, se tornando facilitadores do processo nesse sentido. Cabe destacar que os líderes precisam compreender a relevância dessas transformações do mundo globalizado e aderir a estes instrumentos, uma vez que as novas gerações se tornam dependentes de uma linguagem mais imediatista e informatizada:

Também funciona bastante o nosso Whatsapp aqui do hospital, né? Tem muita coisa que a gente conversa com os coordenadores, mas é mais essa parte de orientação mesmo. (H1L2)

É, às vezes, quando a gente vê um vídeo legal de segurança do paciente, a gente compartilha no grupo dos coordenadores e pede para eles divulgarem para os seus grupos de andares. (H1L5)  
A gente implantou o sistema, que era tudo manual, agora a gente implantou tudo no sistema [...] as evoluções [...] justamente para, assim, fazer com que os técnicos se envolvam mais com o paciente, evoluam. (H1L4)

A gente procurou fazer evoluções mais simplificadas, modelos de assinalar, por exemplo. [...] A gente colocou alguns itens essenciais, aí o pessoal registra por ali, antes não tinha registro nenhum. (H1L4)

Dessas ferramentas, o que eu acho que foi importante foi a notificação ser no prontuário, ser eletrônica também e não só manual... porque no papel acaba se perdendo. (H1L5)

O uso de instrumentos de comunicação virtual foi observado entre os enfermeiros e entre equipes. O que mais chamou a atenção é que os retornos quanto a decisões ou respostas em grupos foram facilitados dessa forma, pois praticamente todos os enfermeiros tinham acesso no seu próprio dispositivo.



Já, quanto ao uso das ferramentas de notificação e identificação de riscos no prontuário, o discurso nas entrevistas era de que foi facilitado e fez com que as pessoas aderissem ao novo processo, porém nas observações foi destacado que ainda estava muito baixo o número de profissionais que seguiam o processo, além disso, um dos destaques foi a baixa qualidade das informações colocadas nos registros de enfermagem.

Portanto, é de extrema importância que, a partir do momento em que as ferramentas sejam disponibilizadas, haja uma adesão das equipes ao processo de identificação e notificação de potenciais riscos ou mesmo eventos ocorridos. Os enfermeiros devem ser ativos na investigação do que ocorreu, priorizar as ações e devolver a informação para os setores através de normatizações, indicadores, orientações e *feedback*:

A gente faz todo um relatório, uma análise de causa raiz, e aí vai trabalhar em cima do que a gente poderia fazer. (H2L3)

A gente se reúne. Como essa gestão anterior tinha uma equipe grande, elas se reuniam semanalmente e conversavam sempre no grupo [Whatsapp] e delegavam funções. (H1L2)

Uma das coisas que a gente aprendeu nesses anos assim, eu só vou investigar alguma coisa que eu consiga propor ação. Se eu não conseguir propor ação agora, não vou ficar perdendo tempo na investigação. (H1L7)

As notificações, a divulgação do material... a gente sempre pedia que, quando tem a reunião dos enfermeiros, mensal, dos coordenadores, quando tinha alguma coisa para passar do núcleo, a gente sempre pedia um espaço, daí a gente sempre falava. (H1L5)

A gente sempre trabalhou aqui no núcleo com *feedbacks*, então assim, sempre te dar uma resposta, notificou isso aqui e eu te dou uma resposta. (H1L1)

A gente consegue dar o *feedback* das notificações, por exemplo, se alguém notifica, se um enfermeiro notifica algo de errado com o paciente... a gente vai lá, a gente procura saber, a gente dá um *feedback*. Não é só simplesmente ele faz a notificação e deu!

A gente dá esse *feedback*. (H1L5)

Além disso, estar atento aos materiais e insumos que são disponibilizados para a execução do trabalho, pois certas vezes a causa da

falha ou do evento não se dá por fatores humanos propriamente ditos e sim por um desvio de qualidade do material utilizado para o cuidado:

Então, todo material que chegava aqui para amostra eu olhava no site da Anvisa para ver se tinha alguma coisa, alguma restrição, ver se o material já tinha sido notificado, sempre todos os pontos assim nessa questão do material. (H1L1)

Mas a gente sempre teve essa filosofia que não era o menor preço só. E, então, desde a década de 80 procurou-se levar em consideração a qualidade também. (H2L2)

Aí no dia a dia, a gente evidencia muitas situações que são falhas, medicações que vêm trocadas, as ampolas que vêm dos laboratórios com uma identificação que é ilegível muitas vezes, cor semelhante, tanto da ampola quanto do rótulo, material que vem com defeito. (H1L8)

A gente recebe muita coisa, desde uma seringa que vem com uma graduação torta, né? No próprio desenho da seringa ali, que já vai interferir numa medicação. Então, tudo isso tu verificas no dia a dia e é muito difícil de trabalhar, porque tu não tens braço para alcançar todos esses aspectos de uma vez só, então é complicado. (H1L8)

Então, por isso, o hospital, a gente fala que é um local perigoso, então a gente precisa realmente estar conseguindo ter esse olhar de onde a gente consegue prevenir esses eventos adversos, esses riscos de acidente com o paciente. (H2L6)

Não só pelo material, mas aspectos voltados para a segurança e saúde do trabalhador também foram pautados como elementos importantes nas atividades de gestão de riscos hospitalares. Os enfermeiros devem ficar atentos às diversas fontes que se relacionam à pensão ou não de uma falha ocorrer:

A gente também, na gestão, cuida do trabalhador, e, conseqüentemente, cuidando do trabalhador a gente também cuida do usuário. (H2L2)

A humanização do atendimento, eu acho que a gente precisa trabalhar muito também como líder... Porque uma pessoa que é envolvida, uma pessoa que gosta do que faz, ela automaticamente é mais humana no atendimento dela, e automaticamente previne mais erros, eventos adversos ou qualquer

outra coisa, porque ela é mais preocupada com o que ela está fazendo. (H2L5)

Pensando em qualidade da assistência, em funcionários motivados, a gente tem um absenteísmo enorme de pessoas doentes. Porque isso não deixa de ser um risco. A gente está falando de risco, mas isso reflete significativamente para o risco do paciente, quando eu não tenho um trabalhador apto para trabalhar, quando ele também está doente, né? (H2L9)

Outrossim, a participação da família no cuidado e prevenção de riscos também é percebida como fundamental no serviço de enfermagem, portanto, o enfermeiro precisa desenvolver habilidades relacionais para além da gestão da equipe de enfermagem, mas sim, da gestão do cuidado do paciente e todas as pessoas envolvidas na assistência intra-hospitalar, como a família:

Eles são um elemento fundamental na assistência e a gente percebe como faz falta, por exemplo, quando a gente não tem um acompanhante no dia a dia, né? Então, ele é um elemento poderosíssimo para o bem-estar do paciente e para minimização de riscos assistenciais. Além de servir de alerta, porque à medida que ele fica instruído, ele contribui de sinalizar uma série de coisas para a gente que auxiliam no nosso trabalho. (H1L9)

A gente tenta sempre assim, trazer eles para o nosso lado, como ali é muito movimentado, até para eles ajudarem a gente. Porque, se eles manterem o paciente com punção e tranquilinho, sem cair, eles já estão facilitando a minha vida e a vida deles. (H1L3)

Então, ele é muito nosso aliado. A gente orienta e descreve isso na nossa evolução, descreve isso na nossa passagem de plantão, a gente valoriza isso na passagem de plantão, porque a gente acha que contribui também para o bem-estar do paciente. (H1L9)

E, quando a gente precisava de uma informação de saúde desse paciente, a família estava ali, diferente daquela família que está lá não sei aonde nesse momento difícil, e que tu tinhas que descobrir empiricamente ou só por exames a história da saúde desse paciente, né? Então, os riscos

envolvidos no cuidado específico do paciente já se reduzem tendo um familiar ali dentro. (H2L1)

O estabelecimento de uma relação de confiança do paciente e da família com os profissionais de saúde é primordial, uma vez que é errônea a suposição de que no hospital se está cercado de cuidado e que nada de mal pode acontecer. O *disclosure* é uma ferramenta muito importante e deve ser usada com responsabilidade pelos profissionais, principalmente os enfermeiros, a fim de sensibilizar a sociedade de que falhas nos processos de saúde são problemas reais e devem servir como uma forma de aprendizado e melhoria contínua nas instituições de saúde:

E quando a família [...], é uma coisa grave, que afeta de uma forma grave ou não tão grave o paciente, a gente não esconde da família, porque às vezes, por mais simples que seja uma troca de um medicamento para dor, de um soro sem medicação só pra manter veia, mas que dá errado, a família fica com aquela impressão do erro, né? “Se erraram agora, o que mais estão fazendo de errado? O que pode acontecer?” Tem que deixar a família consciente de que pode ter alguma intercorrência com relação àquele erro. Pode ser um medicamento que a pessoa tinha alergia e que pode dar uma reação. (HIL6)

Além disso, os documentos governamentais e PSPs das instituições abordam firmemente o envolvimento da família no cuidado e prevenção de falhas, assim como na comunicação dos erros cometidos de forma clara e sincera, focando a não culpabilização, e sim visando à identificação de quaisquer danos que possam surgir a partir do evento adverso ocorrido para diminuí-los, tentando evitar complicações no estado de saúde do paciente.

Dentre as habilidades do enfermeiro, também foram consideradas as questões que perpassam os valores individuais morais e éticos do ser humano. O transcurso entre a gestão de riscos, a segurança nas unidades hospitalares e a liderança de enfermagem ultrapassa a habilidade técnica e reconhece os enfermeiros primeiro como pessoas, dotadas de emoções e sentimentos e que irão trabalhar e coordenar outras pessoas tão ímpares quanto elas mesmas:

As pessoas confundem mesmo o que é liderança, porque a liderança, primeiro a gente tem que ter a nossa atuação, a nossa história, ela tem que ser

muito clara. As nossas intenções têm que estar muito claras e as nossas atitudes têm que começar por nós mesmas, não adianta eu só mandar, não é isso, liderança transcende isso. (H2L2)

Acho que o conhecimento científico, ele tem que ter conhecimento, ele tem que ser justo, honesto, claro nas suas colocações, a honestidade é imprescindível, as pessoas têm que acreditar no que ele está falando. (H2L2)

Um grande desafio, hoje, é trabalhar com atitudes e valores, né? A gente trabalha com competências, conhecimentos e habilidades, eu costumo falar pra eles que é como uma mesinha, é um tripé, conhecimentos e habilidades, atitudes e valores. Então, conhecimentos e habilidades tu trabalhas, a pessoa não tem conhecimento, mas com a prática tu ensinas, se ela tem vontade. Agora, atitudes e valores é uma coisa que tu não mudas. (H2L5)

Envolvimento, proatividade... é... humildade. Eu acho que trabalhar com pessoas é muito difícil, a liderança é muito difícil. (H2L5)

### **Práticas de enfermagem pautadas em diretrizes de qualidade para a segurança do paciente**

Esta categoria emergiu a partir das entrevistas com os enfermeiros e da verificação *in loco* por meio das observações da necessidade de o enfermeiro desenvolver, fortalecer e aprimorar práticas fundamentais para o seu exercício profissional. Cada uma delas remete individualmente a um conjunto único de competências que podem ser obtidas por vocação ou por capacidade adquirida do enfermeiro líder.

Cabe destacar que, mesmo sendo aplicadas em diversos segmentos gerenciais, o foco é da aplicação dessas práticas na gestão de risco hospitalar, principalmente em se tratando do papel do enfermeiro como mentor da equipe de enfermagem.

Para poder determinar as prioridades de trabalho na instituição de uma cultura de gestão de riscos, é imprescindível que antes de tudo o enfermeiro tenha domínio e conhecimento do contexto e do cenário onde ele está inserido, pois isso possibilita que possa ter uma visão ampliada e sistêmica do seu papel dentro do todo:

Um bom gestor de risco, eu acho que ele tem que conhecer o hospital como um todo, todos os cantos do hospital, não ter só uma visão de sala, ou alguns

andares... E tem que conhecer o hospital, tanto o estrutural, quanto a questão pessoal, a questão do RH... O que ele pode trabalhar com isso, e ter uma visão, uma visão daquilo que ele quer, aonde que ele quer chegar na segurança do paciente, Porque não adianta ele ter só boa vontade, se ele não conhecer essa estrutura toda. E, então, se ele não conhece, tem que conhecer, tem que sair da sala, tem que conhecer a equipe, qual o perfil, para poder conseguir planejar atividades que vão englobar, e que o pessoal vai aderir. E, então, acho que essa visão do todo que ele tem que ter. (H1L10)

Então todo o processo, ele, desde o início, ele tem uma, a gente tem essa preocupação com tudo que norteia assim. (H1L6)

E é isso, essa visão que as pessoas não conseguem enxergar. Tipo, um exame que não é feito é mais tempo de internação, é mais risco, mais exposto o paciente está, é mais gasto para o hospital. (H1L5)

Então assim, tem que ser alguém que tem uma visão global de assistência. (H1L8)

E um dos grandes desafios de um enfermeiro é conquistar a habilidade de gerenciar pessoas. Há de se conhecer a si próprio para poder, então, reconhecer cada um dos integrantes da sua equipe, cada qual na sua individualidade, para poder extrair o seu melhor e desenvolver seus pontos frágeis. Isso requer disposição, escuta acurada, criatividade, dentre tantos outros atributos.

Então, a gente também tem que ter aquela noção do conhecer a sua equipe, conhecer a sua personalidade, o perfil de cada pessoa, para saber como abordar. (H2L4)

Eu acho que você primeiro tem que ser inteligente, você tem que conhecer as pessoas, você tem que saber que cada um deles tem a sua fragilidade, o seu ponto positivo, o seu ponto negativo. Acho que com isso você consegue enaltecer o que ela tem de melhor e você ganha ela. E daí você vai trabalhando os problemas que ela tem de uma forma criativa, de uma forma lúdica, de uma forma não autoritária. (H2L9)

Então, eu acho que essa motivação também parte disso. E então, eu acho assim, da gente também ver as potencialidades do profissional... a gente

conseguir maximizar isso, o que é positivo, e tentar melhorar o que for negativo. (H2L10)

A capacidade de comunicação, tanto no saber ouvir como em saber a melhor forma de se expressar, também influencia em todo o processo de gestão de riscos. A coleta de informações e opiniões para aperfeiçoamento dos sistemas, a comunicação em alça fechada para evitar enganos, o conhecimento das suas limitações e a disposição em receber e transmitir informações para todas as áreas e todos os profissionais:

Eu acho que a primeira coisa é tu estares disposta a ouvir as pessoas, trocar ideias, e se aperfeiçoar também, que eu acho bem importante. (H2L8)

Então, os riscos acontecem por aí assim. Eu vejo que a administração de gestão de cuidado se dá em uma boa orientação em educação em saúde, explicar quais são os passos que vão se dar, eu acho que por aí reduz bastante. (H2L1)

A questão da comunicação, acho que é um aspecto bem importante, porque a comunicação permeia todos os outros, né? (H2L10)

Mas eu acho que talvez seja uma falha nossa, enquanto grupo, de não levar essa informação para a ponta, para os enfermeiros, para os técnicos, para o administrativo. Quando a gente fala, também acaba voltando muito para enfermagem. Mas tu tens que falar disso com a equipe inteira, acho que falta um pouco dessa conscientização. (H1L8)

Talvez isso seja discutido mais com os enfermeiros de referência em reuniões, mas não está sendo trabalhado ainda com todos os enfermeiros que trabalham com a sua liderança no seu horário de trabalho, no seu turno, né? Porque, querendo ou não, ele é um gestor do seu horário de trabalho, ele lidera aquele grupo, de trabalho, naquele turno, não é só a chefia que tem que fazer isso, né? (H2L9)

Mas eu acho que, dentro de todas as nossas atitudes e funções nossas, desde que tu tenhas feito sempre uma boa orientação, eu acho que tu já evitarias muito um risco, né? (H2L1)

Os documentos apontam e enaltecem a importância da comunicação, principalmente como meio de sensibilização das pessoas e dos profissionais. Aqui se encaixam também os relatórios e indicadores

de cada instituição, pois são meios de demonstrar para todos o quanto efetivo está sendo o trabalho do grupo na redução de eventos adversos.

Uma boa comunicação também leva o enfermeiro a ter que desenvolver sua empatia e capacidade de resiliência, uma vez que é necessário compreender os fatores que levaram o profissional a cometer um erro e ajudá-lo a superar da melhor forma possível, dando apoio, mas também cobrando o aprendizado decorrente daquela falha:

[...] de sermos [enfermeiros gestores] resilientes, de a gente entender o lado dos outros, de tentar não... é... não ser autoritário, porque eu acho que é, às vezes, um modelo de liderança que não funciona para segurança, porque aí gera revolta. (H1L9)

Eles sentem que não estão sozinhos, então essa sensação assim de que tem alguém junto com eles [...] não é alguém que está de cima pra baixo impondo as condições, ela conhece todo o processo, conhece as dificuldades também, então fica mais fácil essa adesão, se sentem mais valorizados. (H2L2)

Se errar, falar. Eu sempre falo: todo mundo erra, todo mundo é humano, eu também posso errar. Então assim, não tenho medo, se errar, vamos consertar e depois vamos estudar para ver o que levou até o erro. Porque eu sempre falo que é aquela coisa do queijo suíço lá, que são várias barreiras quebradas até chegar ao erro, entendeu? (H1L5)

A não culpabilização do profissional foi uma questão fortemente destacada nos documentos institucionais, pois ressaltam que é necessário ajustar os processos para que se criem barreiras que impeçam o profissional de cometer o erro. Nas observações o enfermeiro se colocou como mediador do cuidado, atendendo a cada profissional da equipe na solução de dúvidas ou como apoio na resolução de conflitos.

Ao mesmo tempo, o estímulo aos enfermeiros para que sejam profissionais singulares no âmbito do cuidado e da segurança do paciente deve partir do propósito de apoio da gestão administrativa e técnica, em uma cascata, até a ponta da assistência propriamente dita:

Eu tento sempre apoiar eles também, para eles se sentirem empoderados do tamanho que é a importância da liderança na equipe, sabe? Então eu



tento trabalhar isso de não ir contra as decisões que eles tomam assim, sabe? (H2L5)

Eu acho que, o enfermeiro, ele é muito importante nas integrações com o grupo... Porque assim, não adianta tu trabalhares em guerra com a tua equipe, né? Então tu tens que te impor em algumas coisas, mas também tem que ser um parceiro dos seus técnicos, né? (H1L4)

Uma das formas de demonstrar o apoio a quem quer que seja é permitindo a possibilidade de as pessoas se expressarem dentro do ambiente em que convivem. O líder precisa estar disposto e ter abertura para novas ideias, uma vez que a resolução de vários problemas pode partir de uma pequena mudança dentro do processo que só é vista por quem está diretamente envolvido nele ou mesmo por um novo colaborador que o desconhece, vislumbrando assim novas possibilidades:

Então, é importante que tenha alguém que tenha essas referências, mas é muito importante essas cabecinhas novas, porque elas trazem um olhar, aquelas coisas que a gente vê acontecendo há anos e a gente às vezes acha que nunca vai mudar, e elas trazem uma outra perspectiva e uma esperança de que aquilo vai mudar, e isso dá um gás para a gente realmente ver, trilhar outros caminhos. (H2L2)

Talvez, por quem chega novo consiga fazer um mapeamento do processo, e vê o que está errado e já quer fazer a mudança. É o olhar de fora, que quem está há muito tempo já ali, aquilo acabou acostumando. (H2L4)

Eu acho que é só somatório, eu não vejo dificuldade, eu vejo que são agregados, essas pessoas são agregadas, eles vêm para contribuir com o serviço. (H2L8)

Quando as pessoas são incluídas na construção de um projeto de mudança, elas tendem a se reconhecer dentro dele e se sentirem motivadas a acreditar naquilo. Isso foi evidenciado na observação não participante que ocorreu durante a reunião do NSP, onde todos os presentes sempre foram estimulados a participar das decisões e sugestões na discussão dos processos e ações adotadas.

Portanto, o enfermeiro precisa estar engajado com a causa para poder demonstrar e estimular o restante da equipe de forma que também enxergue as normas e padronizações da gestão de risco como algo que

trará um benefício mútuo, tanto para a equipe e instituição, quanto para os pacientes. Como colocado por uma entrevistada, a motivação não é algo que se pode fazer, porém pode-se estimular:

Motivação é uma coisa que a gente [...] ninguém motiva ninguém, né? A gente não tem como [...] a gente consegue dar ferramentas, mas, se não partir da própria pessoa, não tem o que fazer. (H2L5)

Então acho que tudo isso depende muito do enfermeiro, sim, eu acho que o nosso papel é bem importante, acho que a gente consegue motivar a equipe de certa forma, e tem que ter o líder, não tem como várias pessoas tomar rédea disso. (H1L4)

Quanto o nosso, de a gente conseguir persuadi-los a ponto de justificar e demonstrar a importância de certos cuidados pra prevenir algumas coisas, porque as pessoas não saem comprando as ideias assim, porque é mais trabalho pra enfermagem, né? Então é preciso fazer um trabalho de convencimento na prática, e é muito assim, aos pouquinhos, porque as pessoas não querem agregar mais serviço àquela demanda extensa de coisas que eu já tenho pra fazer. (H1L9)

Acho que no setor público... os profissionais, eles não trabalham com medo de ir embora. Então a gente tem que trabalhar realmente é no convencimento, no trabalho em conjunto, que o trabalho é para um bem maior, que é o paciente, então tu tens que trabalhar nessa outra perspectiva. (H2L2).

Essas questões permeiam a importância da prática da decisão compartilhada e de uma gestão democrática entre o grupo para fortalecer a construção de um processo palpável e aplicável, que seja inserido como uma mudança positiva dentro das unidades:

É isso que a gente quer fortalecer. Quem está lá na ponta, o enfermeiro assistencial, tem que estar à frente daquela equipe, a equipe tem que ver aquele enfermeiro como líder daquele grupo, e que todas as necessidades, todas as discussões, todas as melhorias, todas as sugestões, todas as boas práticas que se preconiza ali para aquele setor, que venham lá junto da equipe, com esse enfermeiro... (H2L6)

Eu fiz o POP, fiz junto com eles, com as meninas, assim, pedi ajuda e a partir do momento que a gente fez o POP a gente segue o POP, entende? (H1L5)  
 Eu acho que nada se impõe. A partir do momento que você tem uma liderança impositiva, uma gestão impositiva, que venha muito de cima pra baixo e é assim e acabou, você não consegue ter ninguém do teu lado. (H2L9)

Eu sempre tentei trazer essa minha equipe junto comigo, para, na hora que tentar passar por algum processo de mudança, ser mais fácil do que impor uma mudança, eles têm uma maior taxa de aceitação. (H1L10)

E isso tudo exige do líder que seja uma pessoa proativa e atuante, que busque conhecimento, que atualize suas práticas e que compartilhe isso com as pessoas com quem trabalha:

Eu acho que ele tem que ter uma postura proativa. Não adianta só ser chefe líder e não ser atuante, então ser proativo. (H2L4)

Conhecimento vem da vontade de participar das coisas. (H1L7)

Acho que conhecimento, busca de conhecimento, aprimoramento, né, sempre se atualizar, porque essas coisas todas são novas, estão vindo, então acho que a gente tem que buscar isso... (H1L4)

Acho que eles vão engajados dando exemplos, notificando, conversando com a equipe, mostrando o que é, quais são os riscos, que muita gente não percebe o quanto é importante, se não às vezes dando exemplos. (H2L5)

O enfermeiro que tem essa, que tem essa capacidade de liderança bem desenvolvida, ele consegue fazer com que a equipe tenha adesão a essas iniciativas, que, por exemplo, essa comissão de segurança do paciente tenta implementar. (H2L2)

O que eu percebo é que tem algumas pessoas que têm um engajamento pessoal com a causa, né, por uma predisposição natural, e da própria pessoa, da individualidade do profissional [...] precisa haver engajamento da chefia direta, pra comprar essas ideias, e valorizá-las pra que seja disseminada

dentro de todas essas pequenas lideranças, né?  
(H1L9)

E, por fim, o enfermeiro também precisa ser aquele que está na constante práxis do aprender-ensinar. A atividade de enfermagem, além do cuidar, está ligada à educação em saúde, seja para outros profissionais e colegas, seja para pacientes e família. É uma atividade diária, repetitiva, incessante, cíclica e invariável em qualquer nível de ocupação:

Conhecimento é o essencial, e boa vontade, né, para executar, porque a gente tem que estar sempre... o enfermeiro tem que ter sempre uma disposição, porque a gente tem que ser repetitivo, a gente tem que trabalhar realmente o grupo, treinar o grupo... (H1L4)

Ter que repetir as coisas a todo momento, né? Então a gente já entendeu que isso é uma atividade intrínseca do líder, ter que, a gente se cansa também, porque nós somos seres humanos, eu acho que isso é da natureza do enfermeiro, mas a gente tem que ter um ‘*rec-play*’ constante, né? (H1L9)

Eu vejo que é uma coisa constante, você capacita, porque não adianta, você vai, você capacita, você fortalece. Isso acontece um, dois meses, e aí começa a cair de novo, tem que fazer de novo, tem que ser cíclico, segurança do paciente acho que tem que ser uma coisa cíclica assim... (H2L6)

Muitas vezes você faz um encontro, fala um pouco sobre aquilo, esclarece, fica claro e aí melhoram as práticas, melhora o olhar, e daqui a pouco dá uma desanimada de novo, então eu acho que tem que ser uma constante de atividades de liderança. (H2L7)

Então, por isso que eu acho que tem que ficar reavivando sempre, buscando, enfim, papel do líder também como enfermeiro, de estar buscando: “Olha, gente, lembra? A gente já falou, não pode fazer assim, assim [...]” (H2L10)

Olha, há muito tempo eu trabalho em gestão. Então, gestão sempre está aprendendo, né? Então, eu noto que, apesar desse tempo todo, mas eu estou aprendendo no dia a dia. A gente aprende a lidar com as pessoas, com os conflitos. Então eu acho que é uma eterna aprendizagem... (H2L8)

Os documentos institucionais abordam a questão da educação continuada como ação central para o fomento de uma consciência de

segurança. A partir disso, tendo como base a ação individual é que se formará a cultura em âmbito institucional.

### **A importância do conhecimento na liderança do enfermeiro e o desenvolvimento da cultura de segurança**

Dentre tudo o que já foi destacado, a questão do conhecimento científico apareceu unanimemente nas entrevistas, nas observações e nos documentos analisados. É notável que há uma preocupação dos enfermeiros com a aprendizagem contínua, tanto que existem nos dois hospitais um setor específico voltado somente para as demandas de treinamento e educação em saúde, e, como era de se esperar, comandado por enfermeiros.

A educação continuada é sempre inserida, porque, tudo que a gente faz, a educação continuada tem que estar junto, né? (H1L1)

Então a gente está procurando fazer capacitações aqui dentro para informar, para tentar sensibilizar na verdade quanto à gerência de risco. (H1L8)

Eu acho que o que é mais importante é os profissionais terem o conhecimento da segurança do paciente, do Núcleo, da gestão de risco. (H1L5)

Eu acho que falta ainda a gente treinar muito eles, para eles entenderem o que que é uma gestão de risco, pra eles entenderem o que que é um núcleo de segurança e a falta dele. (H1L7)

O acesso à informação está disponível e cada vez mais perto das pessoas, como foi observado durante o estudo, os protocolos e materiais educativos estavam presentes em diversas unidades do hospital, em *folders*, cartazes ou nos próprios documentos de cada setor. Mas, mesmo assim, existem considerações de que ainda faltava envolvimento e iniciativa neste sentido, além da baixa adesão aos treinamentos, o que interfere no aprimoramento do cuidado aos pacientes:

Eu acredito que falta, falta conhecimento, até porque não é fácil de entender todo esse processo. Mas, também eu bato na questão do envolvimento das pessoas, pessoas mais envolvidas têm mais conhecimento, pessoas menos envolvidas têm menos conhecimento. (H2L5)

Acho que há uma falta de cultura de segurança da própria instituição, de valorização do tema, de conhecimento do tema, de envolvimento dos

gestores, acerca de implementar essas políticas e fazerem elas se efetivarem na prática, cheguem ao alcance de todos os profissionais em todas as esferas e categorias. (H1L9)

O hospital, ele tem um problema bem pontual, eu diria até que é cultural, que as pessoas não descem pra fazer os cursos que são ofertados... Eu acho que, sei lá, acho que 70-80% do hospital não deve fazer. (H1L10)

Eu acredito que a equipe é o espelho da chefia... Se o enfermeiro não vai aos treinamentos, ele não estimula a equipe dele a ir, então, tem muitos enfermeiros que não querem... e aí, desestimula. (H1L10)

Foi observado que os dois hospitais promovem periodicamente diversas atividades de educação continuada e que os convites estão expostos nos quadros informativos dos hospitais, além de serem divulgados pelos enfermeiros. Porém, nas entrevistas foi destacado que era baixo o número de profissionais que participavam das atividades e que também, pela questão de dificuldades no dimensionamento, absenteísmo ou alta demanda de trabalho, ficava difícil a participação de pessoas que tinham interesse.

Contudo, também é preocupante o fato de aparecerem questões relacionadas à educação acadêmica ainda não abordar suficientemente os aspectos que envolvem a participação do enfermeiro na gestão de riscos e segurança do paciente dentro dos hospitais:

Os riscos aqui são todos, desde a admissão do funcionário, porque hoje a gente não tem uma formação adequada para esse funcionário para gerência de risco, para risco do paciente mesmo, segurança do paciente. (H1L8)

Eles vêm sem ter muita noção, é aquela coisa de prática do dia a dia e parece que não tem essa formação ainda do profissional na escola, não se fala muito disso na escola. (H1L8)

Então eu acho que a faculdade te prepara um pouco, mas, quando na realidade, tu vais ver que precisa de muito mais que a faculdade te deu, né. (H1L10)

A falta de familiarização com o tema propicia que os profissionais não se sintam integrantes ativos do programa de prevenção de riscos e não reconheçam o seu papel dentro de todo o processo. Enquanto isso, a

enfermagem toma a frente e acaba sobrecarregada numa “luta” isolada e sem apoio:

Em relação à gestão de riscos, por exemplo, a segurança do paciente, as pessoas acham que a responsabilidade é só aqui do núcleo de segurança do paciente. No entanto, a responsabilidade é de todos nós, paciente, família, visitante, todo mundo que circula no hospital. (H2L3)

Eu acho que é nítido que a enfermagem é mais envolvida nisso do que as outras profissões, mas eu acho que tudo é questão de ir trabalhando, conversando, deles entenderem o processo, mas falta ainda muita mudança de cultura dentro das unidades hospitalares em geral. (H2L5)

Precisa unir as duas pontas e conhecer, tu ver que o meu trabalho é tão importante quanto o teu, e os dois somados, juntos, é que fazem a diferença para o paciente, que a gente precisa ter isso amarrado... (H2L9)

Não há uma cultura de minimização de risco e de segurança, dentro da instituição. Então, isso acaba gerando um perfil de pessoas que têm uma preocupação maior com a temática de segurança, e outras que não têm uma noção mínima assim, nem do que se trata. (H1L9)

Não é uma preocupação assim [...], no meu ponto de vista a impressão que eu tenho é justamente essa assim, que as pessoas não sabem nem do que está sendo falado, sabe? Não têm um conhecimento, bem genérico, acerca do tema e isso é preocupante, né? (H1L9)

Foi observado nas visitas e constatado nos documentos que a participação efetiva nos núcleos de segurança era a dos enfermeiros. Os documentos foram elaborados por enfermeiros, os coordenadores de comissões eram enfermeiros, os profissionais que ensinavam, aplicavam e cobravam resultados eram enfermeiros. É prevista a participação de diversos profissionais nas ações de gestão de risco e foi relatado que os convites sempre foram feitos, porém a adesão era muito baixa e a impressão que passa é de que o serviço acaba ficando como uma atribuição de direito e apropriação da enfermagem. Isso faz com que o conhecimento acerca do tema fique limitado e não atenda ao propósito do programa de segurança do paciente.

Porém, denota-se que alguns enfermeiros conseguiram compreender que esse esforço e o conhecimento adquirido também podem ser utilizados com uma estratégia para implementar mudanças e vinham se apoiando nisso, de forma que conseguiam compartilhar a responsabilidade e serem respeitados a partir disso:

Muitas vezes a gente consegue as coisas porque a gente justifica e argumenta: “pela legislação tal, pela legislação tal”. Então, se a gente se apropriar realmente desse conhecimento, eu acho que a gente consegue muitas mudanças. (H2L4)

Então, assim, tu tens que ter argumento pra ter respeito, é isso que eu vejo, um bom líder, é dessa forma que ele é gerado. (H1L6)

Da mesma forma, a gestão de riscos parte de uma gestão do cuidado adequada e efetiva, e isso também transcorre sob o domínio científico dos enfermeiros e o uso das melhores e mais atualizadas evidências disponíveis. A partir do momento em que ele conhece a sua realidade institucional, a sua equipe, as técnicas de enfermagem, os protocolos e as recomendações de cuidado, a promoção da segurança é praticamente intrínseca:

Uma das ações que a gente tem feito é a questão da atualização, de forma que esses profissionais tenham conhecimento de que isso é um risco, do que é um dano, e conhecimento científico daquelas patologias que são mais comuns, que acometem mais os pacientes que estão aqui. (H2L7)

A informação eu acho que é o ponto-chave pra evitar que o risco ocorra, que o erro ocorra. (H2L1)  
E eu acho que é isso, assim, trabalhar em equipe, para poder visualizar, planejar [...] planejamento, tu tens que ter noção dos aspectos científicos do cuidado, então não adianta tu entrar de paraquedas na unidade, e aí tu vais querer trabalhar com risco, não tem como. (H2L10)

Então eu percebo uma grande dificuldade, primeiro, a liderança também parte do conhecimento, quando a gente tem conhecimento, a gente tem segurança, a gente consegue afirmar as nossas [...], tomar decisões mais acertadas, mais pautadas em conhecimento científico mesmo, e a gente percebe uma deficiência de conhecimento, conhecimento mesmo das disciplinas que fazem



parte do dia a dia da enfermagem, e isso dificulta bastante a liderança. (H2L2)

E também assim, o domínio científico do cuidado, então, por exemplo, como é que ele vai gerir isso se ele não conhece o que que está mais novo, de evidência... (H2L10)

Eles precisam saber o que que é gestão de risco, o que são as boas práticas, o que que vem de novo, quais são as novas recomendações. (H2L7)

Foi evidenciado que ações de padronização são importantes para a prevenção de falhas na assistência, como também o conhecimento de como usar cada ferramenta disponível. Assim, foi possível observar que existem nas unidades procedimentos descritos, processos implementados e ainda programas relativamente novos em fase de implementação. Nas passagens de plantão que foram acompanhadas, foram relatadas situações em que houve pesquisa aos protocolos para embasar as práticas adotadas.

Processo de trabalho também, a falta de padronização de algumas atividades, eu acho que isso aumenta o risco por cada um executar as coisas à sua maneira, né? (H1L9)

Acho que todas as ferramentas que tu utilizas, inclusive, se tu não souberes utilizá-las, vai ter impacto na liderança da equipe, e vai ter impacto lá no paciente. (H2L5)

Portanto, os enfermeiros tinham se reunido e criado estratégias de padronização do cuidado e disseminação de conhecimento científico ao acesso de todos:

O que eu acho assim, que se perde a rotina, se perde a rotina e aumenta o número de riscos, né? De tudo. Se é feito daquele jeito e foi padronizado daquele jeito, é porque já tiveram várias experiências erradas e corretas para se chegar naquilo ali. Então, eu acho assim, sempre se deve padronizar o cuidado, diante de várias experiências que aconteceram e que buscaram os erros como futuros acertos. (H2L1)

A gente trabalha com os POPs, procedimento operacional padrão. Então, todo nosso processo de trabalho é direcionado com POPs. (H2L8)

Então, tudo que a gente tem de dúvida, o direcionamento das normas e rotinas, nós temos elaborados POPs... aí a gente, quando tem dúvida,

vai lá e olha ‘o POP tal tá escrito isso’, que é isso que a gente vai seguir. Então, assim a gente trabalha pra manter a segurança do paciente. (H2L8)

Então, a gente criou alguns processos aqui, como o *checklist* da cirurgia segura [...]. Então, a gente está criando processos, protocolos para minimizar o máximo de risco, né? (H1L4)

A liderança é fundamental, eu já diria assim. É, é porque, um enfermeiro, ele é referência da equipe, né?... Então, é o enfermeiro líder que estimula a equipe a estar realmente realizando o procedimento adequado, as recomendações adequadas, seguindo o protocolo, explicando o porquê. (H2L4)

Mas nem sempre a padronização dos processos e o conhecimento técnico-científico com a prática adequada correspondem totalmente a uma assistência efetiva e de qualidade. Por isso também é necessária a *expertise* de adequar os padrões à realidade para entregar o melhor resultado possível dentro daquelas condições, de adaptar o cuidado aos recursos:

Então, é aquele paradoxo: a gente faz um curativo num lugar que não tenha onde acondicionar o material de forma adequada, e aí acaba sendo uma faca de dois gumes, porque a gente... é... segue uma técnica asséptica, que a gente aprende, né? E tenta executá-la na prática, mas sem as condições básicas, às vezes, pra conseguir ter um produto final de qualidade, né? E acaba comprometendo a efetividade de um determinado procedimento. E isso é em todos os sentidos eu acho, não só pra enfermagem, quando o médico realiza um procedimento, essa questão de ter que adaptar as coisas, né? É, a ausência de recurso, às vezes de um material. (H1L9)

Tu trabalhas no que precisa mais, porque a condição não é... tu não tens uma condição ideal, né? (H1L3)

Corroborando com as colocações acima, os PSPs foram descritos almejando o ideal, porém trazendo algumas situações adequadas com a realidade, na qual o padrão é feito com o que se tem disponível naquele momento. Foram observadas situações em que o enfermeiro precisou

utilizar maneiras alternativas para promover o melhor cuidado possível ao paciente dentro da sua prática.

Outro fator importante que permeia a gestão de risco e o desenvolvimento de uma cultura institucional é a maturidade profissional. O que chama a atenção é que a prática permite um olhar diferenciado pela vivência em diversas situações:

É que, a experiência, ela vem muito ao encontro com a tomada de decisões. Então, o enfermeiro menos experiente, ele fica mais frágil na tomada de decisões, ele fragiliza a liderança do cuidado, da assistência, e ele tem dificuldade de gerenciar os riscos que aparecem, e até do olhar e de ver aquilo como potencial de risco. (H2L7)

A experiência eu acho que é essencial, né? Hoje, assim, o tempo de emergência que eu tive, os tipos de intercorrências, de ter aquele olho clínico na sala de recuperação para evidenciar uma possível complicação. (H1L4)

Não é só isso que conta, mas a experiência nos traz um outro olhar. E, então, é aquele conhecimento, aquele *feeling* que só através da prática é que a gente consegue adquirir, então faz diferença sim. (H2L2)

O enfermeiro experiente, ele, com certeza, consegue fazer essa gestão de risco mais fácil, vamos dizer, que ele tem uma visão maior geral do todo. (H2L1)

Porém vale ressaltar que a prudência caminha junto ao conhecimento, à experiência, à prática e ao aprendizado constante, pois, como colocado, a autoconfiança é um fator que precisa ser monitorado regularmente pelos profissionais de saúde:

A experiência profissional, eu acho que ela te dá uma visão da prática, mas muitas vezes a gente, muitos anos de prática, você tem uma segurança, só que você, às vezes, acaba se tornando mais frágil naquelas situações que você pode prevenir o erro. Porque aquela sua autoconfiança, eu acho que, muitas vezes, pode te levar ao erro. (H2L6)

Todavia, a integração entre as diversas áreas profissionais que atuam no cuidado dos pacientes internados é de extrema importância para que se consiga alcançar um tratamento integral, avaliando as peculiaridades de cada paciente e compartilhando ideias, achados e

responsabilidades. Assim, é importante que, na observação da passagem de plantão de uma das instituições, os enfermeiros gestores e assistenciais, técnicos de enfermagem, residentes, assistente social e estudantes de graduação acompanharam juntos a discussão de cada paciente, trocando informações e sanando dúvidas sobre as ocorrências do último plantão, o que demonstrou grande integração do cuidado.

Eu já tive a experiência de trabalhar com uma equipe multiprofissional onde trabalhava todo mundo alinhado. Então, era muito legal, porque o paciente ganha muito com isso. O paciente ganha muito, porque aí todo mundo vai trabalhar na sua frente, mas com aquele mesmo objetivo. (H2L6)

A equipe multiprofissional, eu acho que sempre vai estar te apoiando, desde que tu relates e te coloques na situação, né? Tanto pedindo ajuda, dividindo o problema e colocando as ações que tu fazes. (H2L1)

A gente tem trabalhando bastante. Na UTI mais ainda... E a gente tem sempre trabalhado junto com a CCIH. (H1L7)

Apesar disso, algumas enfermeiras relataram nas entrevistas que sentiam falta da presença efetiva dos demais profissionais de saúde envolvidos com a gestão de riscos, para assim fortalecer a cultura de segurança em âmbito institucional:

Eu penso que eles (demais profissionais) entendem que a gente tem uma participação bem ativa na prevenção dos riscos, porque faz parte do cuidado, né? (H2L4)

A gente, em geral, tem uma boa aceitação assim deles... quando a gente precisa implementar algo..., mas, às vezes, não vem uma iniciativa dessas outras profissões. Às vezes vem mais algo que é inerente da enfermagem. (H2L7)

Acho que muito mais quem puxa é o enfermeiro. Infelizmente, porque tem coisas que a gente precisa do apoio deles. A gente quer mudar alguma coisa que envolve a equipe multidisciplinar e não vai conseguir sozinho, só com a assinatura de um enfermeiro. (H1L5)

Porém, nos documentos institucionais, como no PSP, é destacado como essencial a participação ativa de todos os enfermeiros, citando

alguns como efetivos e responsáveis por determinadas funções dentro do NSP. Além disso, outros profissionais também são destacados como fundamentais nas ações da promoção de segurança, como médicos, farmacêuticos, engenheiros clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e colaboradores dos setores administrativos, bem como representantes da administração de cada hospital. Já, nas observações, o que foi notado é que realmente a participação efetiva era do enfermeiro, e que, por exemplo, na observação da reunião do NSP, mesmo com a participação de outros profissionais, o enfermeiro era quem tomava a frente para abordar as questões que tinham relevância sobre o assunto em discussão, trazendo ideias para alterar processos, bem como para sua implementação e no controle de tais mudanças.

## **Discussão**

Na intenção em aumentar a qualidade e garantir segurança na entrega de seus produtos e serviços, as empresas têm buscado gerenciar seus processos e padronizar suas ações em busca da excelência e sustentabilidade. Os hospitais, organizações constituídas de complexos sistemas, mesmo que de forma embrionária, tentam alcançar a primazia. E como o produto hospitalar é o serviço, invariavelmente realizado na sua maior parte por pessoas, espera-se que os profissionais busquem, criem e assumam uma postura de conhecimento e desenvolvimento de ações pautadas nas melhores práticas, ou seja, a realização do seu trabalho baseado em evidências científicas de acordo com a sua realidade institucional e cultural (FLEISZER *et al.*, 2015).

À medida que se busca trabalhar as habilidades técnicas e científicas dos profissionais, também é necessário organizar processos e definir uma linha de planejamento institucional voltado para o aprendizado. Dentro do cenário hospitalar, verifica-se um emaranhado de ordenações sequenciais para que os procedimentos sejam realizados de acordo com padrões técnicos necessários e paulatinamente exigidos pelas pessoas que são assistidas. Isso é relevante quando se analisa do ponto de vista da gravidade potencial de um erro ou falha dentro destes serviços.

Porém, para que a adesão à metodologia do uso das melhores práticas seja empregada, é necessário que tenhamos pessoas-chave envolvidas no processo e dispostas a replicar essas informações com os profissionais que desempenham atividades de cuidado (HENDRICKS; COPE; BAUM, 2015). Dessa forma, não há de se deixar de pensar no enfermeiro como profissional medular dessas ações, uma vez que ele é responsável pela equipe que mais presta cuidados dentro de uma

instituição hospitalar, bem como faz a gestão das unidades e a integração entre todas as diversas áreas que envolvem a prestação de cuidados ao paciente.

Portanto, mais do que nunca é exigido do enfermeiro um perfil gerencial de liderança, principalmente nos hospitais, onde a aliança entre o conhecimento, a interação com o ambiente e a prática profissional adequada contribui para o sucesso dos resultados e, por consequência, da instituição. Segundo Lima *et al.* (2017), o sucesso de um líder depende das habilidades relacionais, de modo que promova um vínculo entre ele e a equipe, respondendo às necessidades dos pacientes e da instituição e estabelecendo relações harmônicas.

A partir desse panorama, espera-se que o enfermeiro disponha de conhecimento e ferramentas suficientes para executar uma das mais importantes habilidades profissionais do seu exercício, a liderança. E condicionalmente ter em vista a promoção e a entrega de um cuidado técnico e humanizado, minuciosamente planejado, promovendo a satisfação tanto dos trabalhadores, quanto dos pacientes, e proporcionando em consequência um serviço seguro e efetivo, o que reflete no resultado organizacional como um todo (MURRAY; SUNDIN; COPE, 2017).

A afirmação acima corrobora com os achados da pesquisa, uma vez que foi evidenciado tanto nos documentos institucionais, quanto nos momentos de observação, que os enfermeiros envolvidos com o programa de gestão de risco de cada um dos hospitais desenvolveram o pensamento abrangente e sistêmico, levando em consideração demandas específicas do processo de trabalho profissional e também necessidades da organização. Além disso, a preocupação central das discussões sempre remeteu ao discurso de entrega da melhor assistência ao paciente, utilizando o máximo de recursos disponíveis para que isso fosse possível.

Um estudo realizado no Canadá com gestores de enfermagem revelou que é essencial que enfermeiros em cargos de liderança possuam conhecimentos acerca de qualidade e segurança, bem como sejam capazes de motivar sua equipe e os outros profissionais a participarem das iniciativas de segurança. Dentre os achados, foram considerados essenciais o pensamento estratégico, inteligência emocional, construção de relações baseadas na credibilidade em todos os âmbitos organizacionais e criação de uma cultura de segurança de alta confiabilidade (JEFFS *et al.*, 2018).

Para tanto, se compreende que a liderança é uma habilidade constantemente desenvolvida e aprimorada, bem como uma necessidade, tendo em vista que as mudanças comportamentais vivenciadas ao longo

dos anos pela humanidade atingem todas as esferas econômicas e sociais. Na área da enfermagem é sabido que o ato de liderar deve ser intrínseco ao profissional, pois é inerente à sua atividade e independe do nível hierárquico. O que já foi constatado é que as diferentes posições assumidas pelos enfermeiros nas organizações de saúde é que definem o modelo de pensamento e a influência da sua liderança sob os demais (STETLER *et al.*, 2014).

As considerações acima foram pontuadas pelas enfermeiras nas entrevistas, principalmente no que diz respeito à autonomia e tomada de decisão exigidas pelo serviço de enfermagem. Foi demonstrado que, para a promoção de um programa de gestão de riscos hospitalares, a gestão precisa ser uma aliada ao processo. Diante disso, reitera-se a necessidade de os enfermeiros desenvolverem uma visão sistemática da organização, com vistas a compreenderem o modelo de gestão aplicado e quais os fatores que influenciam e/ou condicionam aquela situação. Assim, poderão exercer o pensamento crítico e demonstrar com segurança oportunidades de melhoria em todas as esferas de assistência, até mesmo de maneira multiprofissional.

Dessa forma, foi destacado que há necessidade de se desenvolver a liderança dos enfermeiros, uma vez que ela está associada a melhor cultura de trabalho e mais qualidade percebida pelos usuários. Por isso, as organizações devem perceber que programas de desenvolvimento de líderes têm impacto direto na prática clínica (PATERSON; HENDERSON; BURMEISTER, 2014).

Atitudes voltadas ao compromisso com o trabalho, engajamento com a segurança e envolvimento das pessoas na discussão e tomada de decisão também afetam o modo de trabalho e refletem na visão institucional. O emprego de valor no ato de liderar transcende as relações e aproxima todos os envolvidos, propiciando um ambiente de construção e troca, melhorando a produtividade e os resultados. Atitudes, crenças, valores, percepções e padrões de comportamento de uma organização e seus colaboradores refletem diretamente na adesão a um programa de prevenção de eventos adversos (MULS *et al.*, 2015).

O estímulo à participação proativa de todos os membros da equipe na tomada de decisão enfatiza o envolvimento e a responsabilidade de todos com o sucesso da gestão e dos resultados. Da mesma forma que o não envolvimento do líder com os colaboradores pode comprometer o planejamento de mudanças necessárias (ØYE *et al.*, 2016).

Assim, como demonstrado nesta pesquisa, o gestor da unidade nem sempre consegue estar ciente de tudo o que acontece no seu departamento, principalmente quando se pensa no gerenciamento de riscos assistenciais

que mudam a todo momento e estão vinculados à ação individual dos profissionais. Um estudo realizado no Canadá apontou que o desenvolvimento de lideranças clínicas informais deve ser altamente estimulado pelas organizações, uma vez que essas lideranças efetivamente têm potencial de apresentar questionamentos sobre o *status quo* da organização e intermediar as necessidades dos pacientes com a qualidade de entrega do serviço oferecido (BOAMAH, 2018).

Outro estudo canadense reforça a afirmação das enfermeiras entrevistadas, na qual foi apontado que as pequenas lideranças internas devem ser motivadas, pois agem como catalisador dentro da equipe, podendo influenciar positivamente a adoção de práticas seguras. Um líder não precisa necessariamente ser alguém que assume uma posição hierárquica ou de poder dentro da instituição, porém é fato que esses possuem maior influência na cultura organizacional (DALY *et al.*, 2014).

Da mesma forma, foi demonstrado em um estudo irlandês que uma liderança fraca ou mesmo a ausência de liderança contribuem para o acontecimento de falhas no sistema de saúde, resultando em uma série de erros que atingem o paciente e os profissionais (MCAULIFFE, 2014). Outrossim, estudos apontam que um estilo de liderança ineficaz influencia o absenteísmo, o estresse e o esgotamento emocional dos profissionais, contribuindo com a rotatividade de trabalhadores (COPE, MURRAY, 2017; MERRILL, 2015).

Portanto, em uma mescla de enfermeiro e de líder, unem-se os objetivos relacionados à administração de recursos humanos e organização do serviço de enfermagem, junto com os interesses dos pacientes e dos trabalhadores, gerando um ambiente de motivação com ênfase nas potencialidades e satisfação (LIMA *et al.*, 2017).

Alguns estudos demonstraram que o ambiente interfere com a satisfação profissional e, conseqüentemente, com a aplicação adequada das práticas do cuidado. Uma liderança participativa favorece o ambiente de trabalho, o que pode ser medido pela diminuição do índice de *turnover* e aumento do tempo de experiência dos profissionais (OLIVEIRA, *et al.*, 2017; BACHA, *et al.*, 2015; GANZ, TOREN, 2014).

Assim como apontado nos achados deste estudo, a percepção dos gestores sobre como os riscos são evidenciados e a sua postura frente a isso são fortalecidas através das experiências vividas no cotidiano de trabalho e, por isso, a retenção de profissionais qualificados se torna um desafio importante. A prática profissional e experiência de trabalho favorecem o domínio de habilidades técnicas, aproximação com a equipe, conhecimento, confiança e segurança para o planejamento de enfermagem (AMESTOY, *et al.*, 2017).



Um estudo americano apontou que as organizações precisam investir no desenvolvimento das lideranças pensando também como parte do seu planejamento de sucessão (KUTNEY-LEE *et al.*, 2016). A possibilidade de firmar uma carreira e obter crescimento profissional dentro da empresa é algo que favorece o engajamento dos enfermeiros e os motiva para a busca de aprimoramento nas diversas áreas do cuidado, fazendo com que eles se preocupem mais com o resultado do seu trabalho e sejam proativos na busca de conhecimento e adoção de melhores práticas.

Nesse sentido, para além da obtenção de impacto positivo junto aos trabalhadores, o desenvolvimento de liderança de enfermagem está associado positivamente à cultura de segurança, como demonstra um estudo realizado em sete hospitais dos Estados Unidos da América (EUA). Estratégias como reconhecimento individual ou das equipes que realizam a implementação desses programas incentivam a busca por aperfeiçoamento profissional. A contratação de pessoal também pode ser direcionada para o objetivo que se pretende alcançar e, por último, a organização precisa oferecer recursos para o desenvolvimento das lideranças internas direcionadas para as áreas em que se almejam melhorias (SHUMAN *et al.*, 2018).

O reconhecimento por parte dos líderes de que protocolos e políticas são atualizados constantemente baseados em novas evidências é essencial para incentivar a adesão dos profissionais a práticas sustentáveis, dentro dos recursos disponíveis. A equipe se mostra comprometida quando o engajamento para as mudanças começa pelo exemplo dos gestores (DOLS *et al.*, 2017). Em relação ao comprometimento, também são apontados dados sobre os benefícios de uma liderança ética associada à promoção de um programa de gerenciamento de riscos e estímulo à cultura de segurança, no qual o envolvimento e o desempenho dos enfermeiros gestores é vital e considerado assunto de alta prioridade dentro dos hospitais (LOTFI *et al.*, 2018).

Sustentando o conhecimento do processo nas duas pontas, estratégica e operacional, é possível elencar áreas com foco prioritário e direcionar ações pontuais na investigação de falhas e seus elos causais. Neste sentido, os enfermeiros devem investir na utilização de ferramentas de qualidade e aderir ao uso de indicadores que possam comprovar por evidências reais a necessidade de reorganização dos sistemas de trabalho e o desenvolvimento de competências internas e individuais dos colaboradores (LIMA *et al.*, 2017).

Os enfermeiros demonstraram preocupação em identificar as potencialidades dos membros das equipes e conseguir alocá-los diante da melhor afinidade com o trabalho, garantindo uma execução mais adequada das práticas. Assim como também demonstraram capacidade de identificar fragilidades e trabalhar em cima delas para que fosse promovido um melhoramento crescente e contínuo da gestão do cuidado, proporcionando adesão a práticas de gestão de riscos, como o estímulo aos registros nos prontuários com a implantação de sistemas informatizados e o uso de *check-list* de segurança.

O emprego das tecnologias é apontado como instrumento primordial para promover uma avaliação mais acurada, bem como na implementação de atividades mais precisas, direcionadas, eficientes e intuitivas, o que favorece a disseminação do conhecimento entre as equipes e aplicação prática do que está sendo proposto. Os líderes precisam estimular e buscar recursos que operacionalizem o serviço de modo positivo e que possibilitem planejar e avaliar o impacto das intervenções a curto, médio e longo prazo (BLEICH, 2018).

Foi relatado que a partir das mudanças instituídas houve um reconhecido aumento da adesão dos colaboradores aos registros e notificações de eventos adversos. Portanto, os apontamentos remetem a uma importante prática utilizada pelos enfermeiros líderes diante das situações em que recebem a notificação do evento adverso: o *feedback*. Foi evidenciado que, para o estímulo à cultura das notificações, sempre que havia uma história de EA ou identificação de um risco, esse problema passava por uma investigação, era discutido e, enfim, era dado um retorno à equipe. Nesse sentido, é reportado que a gestão é feita pela “exceção”, ou seja, não há uma periodicidade na discussão das falhas, mas sim apenas quando acontece ou é reportado o erro (SANTOS *et al.*, 2018).

Nesse tocante, é notável que habilidades de comunicação precisam ser desenvolvidas no serviço de enfermagem e, por isso, foi demonstrado que vários enfermeiros promoviam o exercício da empatia e resiliência em uma linha de liderança dialógica nesses hospitais. Como evidenciado, enfermeiros que utilizam estratégias de liderança dialógica na promoção da gestão de riscos empregam ações em forma de conversas e orientação, mostrando para a equipe a importância de cada ato realizado dentro dos protocolos e rotinas pré-determinados. O uso do diálogo para a mediação de conflitos beneficia as relações multiprofissionais e oportuniza o entendimento de que o erro pode acontecer com qualquer um e cabe a todos adotar condutas de prevenção (MERRILL, 2015).

Nesse sentido, a literatura traz dados de que, atualmente, o estilo de liderança transformacional favorece um ambiente de segurança. Nesse

estilo, tanto o líder quanto os liderados desenvolvem sua capacidade de aprender em conjunto e simultaneamente, utilizando a comunicação como peça fundamental do processo (LIUKKA; HUPLI; TURUNEN, 2017). Alguns estudos comprovaram a redução de eventos adversos a partir da liderança transformacional, pois os erros são tratados como oportunidades de melhorar o sistema e há o incentivo ao relato dos EAs e dos *near miss* (WONG *et al.*, 2013; MERRILL, 2015).

Ainda no tocante à liderança transformacional e segurança do paciente, em um estudo finlandês foi constatado que o incentivo da gestão era que a prioridade máxima estivesse nos interesses dos pacientes e que todos os profissionais eram responsáveis pela promoção de ações seguras, o que se devia ao fato de todas as unidades terem diretrizes e protocolos descritos que eram rigorosamente seguidos por todos os membros da equipe (LIUKKA; HUPLI; TURUNEN, 2017). Nos achados desta pesquisa, os enfermeiros reportaram que o uso de protocolos operacionais facilita o trabalho e o desenvolvimento de atitudes de liderança, e medidas já estavam sendo adotadas para que se conseguisse determinar padrões de trabalho em diversas unidades.

Neste mesmo estudo, além do uso de protocolos, foi enfatizada a relação de confiança entre colaboradores e líderes, onde os membros da equipe são encorajados a falar sobre qualquer coisa com seu gerente sem medo de culpa, bem como os gerentes devem manter claras quais são suas expectativas diante da equipe no que tange à prevenção de eventos adversos (LIUKKA; HUPLI; TURUNEN, 2017). Estudo desenvolvido no Irã também reforça tais aspectos, bem como ser capaz de reconhecer as habilidades e fragilidade individuais de cada membro da sua equipe para poder alocá-lo de acordo com o que lhe é compatível naquele momento, possibilitando oportunidades de desenvolver as demais áreas do conhecimento (LOTFI *et al.*, 2018).

No Canadá, uma pesquisa realizada com 378 enfermeiros também enfatizou que o uso do modelo de liderança transformacional influencia a frequência de eventos adversos, pois estes líderes encorajam o uso da PBE e o pensamento crítico, fazendo com que cada enfermeiro busque soluções alternativas para os problemas evidenciados. Assim, esses enfermeiros são capazes de estabelecer mudanças práticas dentro das suas unidades, assumindo a responsabilidade pelo cuidado do paciente e, conseqüentemente, levando a menos erros (BOAMAH *et al.*, 2018)

Também se verificou que uma liderança ética traz resultados positivos em relação ao desempenho institucional. Os gerentes de enfermagem podem estimular esse estilo de liderança, melhorando o compromisso organizacional e aumentando a percepção da cultura de

segurança dos pacientes em enfermeiros, assim melhorando o nível de segurança e a qualidade nos cuidados (LOTFI *et al.*, 2018).

Logo, além da compreensão das limitações de recursos humanos, os líderes necessariamente precisam adaptar suas expectativas pareadas com a realidade institucional, não se deixando desmotivar com as dificuldades impostas pelos sistemas ou na cobrança de metas inalcançáveis.

Um fator que precisa ser destacado é que a implementação de diretrizes de segurança nos hospitais deve ser abarcada pela credibilidade na proposta dos programas nacionais e locais. Um estudo da Universidade de Michigan indica que organizações de alta confiabilidade necessitam de enfermeiros líderes comprometidos que incorporem as ações de segurança como uma parte ativa do seu trabalho diário, dentro do que realmente pode ser feito, efetivando uma mudança progressiva de cultura de segurança no serviço (KANERVA; KIVINEN; LAMMINTAKANEN, 2017).

No Brasil, o uso da sistematização do Processo de Enfermagem foi considerado como um dispositivo transversal às metas e estratégias para a segurança dos pacientes, uma vez que qualifica a assistência de enfermagem e permite a identificação de problemas e riscos, tanto individuais quanto coletivos, direcionando as ações do enfermeiro e fortalecendo um cuidado de enfermagem seguro (ADAMY *et al.*, 2018).

E, para que seja possível, os enfermeiros precisam assumir sua responsabilidade em liderar e buscar educação, desenvolvendo sua autoconfiança e competências como gestores. O aprimoramento das habilidades de liderança possibilita que os enfermeiros aperfeiçoem sua consciência organizacional, fortalecendo sua prática e possibilitando assumir papéis para tomada de decisões de forma autônoma, bem como serem referência e modelo de capacitação de outras novas lideranças.

### **Considerações finais**

A construção de uma cultura de segurança perpassa por pequenas ações realizadas todos os dias em todos os níveis de atenção do hospital, e é a partir dessas ações que se constrói a experiência do paciente. A liderança eficaz compreende a importância de cada parte desse todo, tornando-se essencial para envolver e preparar as equipes para prestar um cuidado de qualidade. Os enfermeiros precisam aprimorar sua capacidade de liderança, que é inerente à profissão, entendendo que não necessariamente precisam estar em um cargo formal de gestão, mas eles

podem ser influentes para cada uma daquelas pessoas que prestam cuidados diários para os pacientes.

As melhores práticas emergidas para a liderança de enfermeiros frente à gestão de riscos estão pautadas na comunicação efetiva, promoção de *feedbacks* periódicos, promoção de educação *in loco* em ações do cotidiano, estímulo a lideranças internas, gestão de materiais, recursos e dimensionamento de pessoal, avaliação do ambiente físico e cultura institucional para o planejamento de prioridades, participação democrática dos profissionais na construção dos processos, uso adequado e consciente das tecnologias, utilização e avaliação de indicadores de qualidade para a segurança do paciente.

Embora este estudo, desenvolvido com a abordagem qualitativa, tenha limitações de ordem metodológica, ou seja, de não generalização dos achados, percebe-se o potencial de aprimoramento e aprofundamento para futuras pesquisas da inclusão dos demais envolvidos no cenário de cuidado, como técnicos de enfermagem, equipe multiprofissional e pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ADAMY, Edlamar Kátia *et al.* Reflexão acerca da interface entre a segurança do paciente e o processo de enfermagem. **Rev Enferm Health Care** [Online]. v. 7, n. 1, p. 272-278, Jan/Jul 2018. Disponível em:  
<http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/2519/pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.
- AMESTOY, Simone Coelho *et al.* Leadership in nursing: from teaching to practice in a hospital environment. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-7, 7 ago. 2017. GN1 Genesis Network. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0276>. Acesso em: 15 jan. 2019
- BACHA, Angela Maria *et al.* Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 6, p.1130-1138, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680619i> Acesso em: 17 jan. 2019
- BLEICH, Michael R. Quality and Safety as a Core Leadership Competency. **The Journal Of Continuing Education In Nursing**, [s.l.], v. 49, n. 5, p.200-202, 1 maio 2018. SLACK, Inc. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20180417-03>. Acesso em: 16 jan. 2019

BOAMAH, Sheila A. Emergence of informal clinical leadership as a catalyst for improving patient care quality and job satisfaction. **Journal Of Advanced Nursing**, [s.l.], p.1-10, 27 dez. 2018. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13895>. Acesso em: 15 jan. 2019

BOAMAH, Sheila A. *et al.* Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. **Nursing Outlook**, [s.l.], v. 66, n. 2, p.180-189, mar. 2018. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>. Acesso em: 16 jan. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de eventos adversos no Brasil: 2014 a 2018**. Anvisa, 2018. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacaoe/category/relatorios-dos-estados>. Acesso em: 24 jan. 2019.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, Canadian Patient Safety Institute. **Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals. With What can be done to improve patient safety?** authored by Chan B, Cochrane D. Ottawa, ON: CIHI; 2016. Disponível em: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/cihi\\_cpsi\\_hospital\\_harm\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_en.pdf) Acesso em: 15 jan. 2019

DALY, John *et al.* The importance of clinical leadership in the hospital setting. **Journal Of Healthcare Leadership**, [s.l.], p.75-83, nov. 2014. Dove Medical Press Ltd.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2147/jhl.s46161>. Acesso em: 15 jan. 2019

DOLS, Jean Dowling *et al.* Developing Policies and Protocols in the Age of Evidence-Based Practice. **The Journal Of Continuing Education In Nursing**, [s.l.], v. 48, n. 2, p.87-92, 1 fev. 2017. SLACK, Inc. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20170119-10>. Acesso em: 16 jan. 2019

FLEISZER, Andrea R. *et al.* Nursing unit leaders' influence on the long-term sustainability of evidence-based practice improvements. **Journal Of Nursing Management**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.309-318, 17 jun. 2015. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12320> Acesso em: 16 jan. 2019

GANZ, Freda Dekeyser; TOREN, Orly. Israeli nurse practice environment characteristics, retention, and job satisfaction. **Israel**

**Journal Of Health Policy Research**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.1-8, 2014. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/2045-4015-3-7>. Acesso em: 16 jan. 2019

HEALTH QUALITY & SAFETY COMMISSION. **The global trigger tool: A review of the evidence (2016 edition)**. Wellington: Health Quality & Safety Commission. New Zealand: 2016. Disponível em: <https://www.hqsc.govt.nz/assets/GTT/PR/GTT-evidence-review-Jan-2016.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

HENDRICKS, Joyce; COPE, Vicki; BAUM, Gwendolyn. Postgraduate nurses' insights into the nursing leadership role. Do they intuitively link the role to patient safety? **Journal Of Nursing Education And Practice**, [s.l.], v. 5, n. 9, p.72-77, 24 jun. 2015. Sciedu Press. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v5n9p72>. Acesso em: 16 jan. 2019

JEFFS, Lianne. Achieving the Quadruple Aim in Healthcare: The Essential Role of Authentic, Complex and Resilient Nurse Leaders. **Canadian Journal Of Nursing Leadership**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.8-19, 30 jun. 2018. Longwoods Publishing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12927/cjnl.2018.25607>. Acesso em: 14 jan. 2019

JEFFS, Lianne *et al.* Attributes and Actions Required to Advance Quality and Safety in Hospitals: Insights from Nurse Executives. **Canadian Journal Of Nursing Leadership**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.20-31, 30 jun. 2018. Longwoods Publishing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12927/cjnl.2018.25606>. Acesso em: 15 jan. 2019

KANERVA, Anne; KIVINEN, Tuula; LAMMINTAKANEN, Johanna. Collaborating with nurse leaders to develop patient safety practices. **Leadership In Health Services**, [s.l.], v. 30, n. 3, p.249-262, 3 jul. 2017. Emerald. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/lhs-05-2016-0022> Acesso em: 16 jan. 2019

KUTNEY-LEE, Ann *et al.* Nurse Engagement in Shared Governance and Patient and Nurse Outcomes. **Jona: The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 46, n. 11, p.605-612, nov. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000412>. Acesso em: 15 jan. 2019

LIMA, Elaine Cantarella *et al.* Critical incidents connected to nurses' leadership in Intensive Care Units. **Revista Brasileira de Enfermagem**,

[s.l.], v. 70, n. 5, p.1018-1025, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0137>. Acesso em: 16 jan. 2019

LOTFI, Zahra *et al.* Relationship between ethical leadership and organisational commitment of nurses with perception of patient safety culture. **Journal Of Nursing Management**, [s.l.], v. 26, n. 6, p.726-734, 12 mar. 2018. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12607>. Acesso em: 17 jan. 2019

MERRILL, Katreena Collette. Leadership Style and Patient Safety. **Jona: The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 45, n. 6, p.319-324, jun. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000207>. Acesso em: 16 jan. 2019

MCAULIFFE, Eilish. Clinical governance in the Irish health system – a review of progress. **Clinical Governance: An International Journal**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.296-313, 30 set. 2014. Emerald. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/cgij-09-2014-0029>. Acesso em: 16 jan. 2019

MULS, Ann *et al.* Influencing organisational culture: a leadership challenge. **British Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 24, n. 12, p.633-638, 25 jun. 2015. Mark Allen Group. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2015.24.12.633>. Acesso em: 14 jan. 2019

MURRAY, Melanie; SUNDIN, Deborah; COPE, Vicki. The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 27, n. 5-6, p.1287-1293, 4 dez. 2017. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13980>. Acesso em: 14 jan. 2019

O'CONNOR, Shawn; CARLSON, Elisabeth. Safety culture and senior leadership behavior. **Jona**. v.46, n. 4, p. 215–220. Abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000330>. Acesso em: 16 jan. 2019

OKUNO, M.F.P.; BELASCO, A.; BARBOSA, D. **Evolução da pesquisa em enfermagem até a Prática Baseada em Evidências**. In: Barbosa D, Taminato M, Fram D, Belasco A. *Enfermagem Baseada em Evidências*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 1-7.

OLIVEIRA, Elaine Machado de *et al.* Ambiente das práticas de enfermagem e satisfação profissional em unidades críticas. **Revista**



**Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 1, p.79-86, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0211>. Acesso em: 17 jan. 2019

ØYE, Christine *et al.* Facilitating change from a distance - a story of success? A discussion on leaders' styles in facilitating change in four nursing homes in Norway. **Journal Of Nursing Management**, [s.l.], v. 24, n. 6, p.745-754, 19 abr. 2016. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12378>. Acesso em: 16 jan. 2019

PATERSON, Karyn; HENDERSON, Amanda; BURMEISTER, Elizabeth. The impact of a leadership development programme on nurses' self-perceived leadership capability. **Journal Of Nursing Management**, [s.l.], v. 23, n. 8, p.1086-1093, 27 out. 2014. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12257>. Acesso em: 16 jan. 2019

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al.* Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 37, n. 1, p.1-7, 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>. Acesso em: 15 jan. 2019

SANTOS, Andressa Schaurich dos *et al.* Percepção dos colaboradores de uma equipe de enfermagem quanto ao estilo de liderança de seu superior imediato. **Revista Ciências Administrativas**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.1-12, 9 maio 2018. Fundacao Edson Queiroz. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/2318-0722.2018.7166>. Acesso em: 13 jan. 2019

SHUMAN, Clayton J. *et al.* Unit Leadership and Climates for Evidence-Based Practice Implementation in Acute Care: A Cross-Sectional Descriptive Study. **Journal Of Nursing Scholarship**, [s.l.], p.114-124, 15 dez. 2018. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12452>. Acesso em: 15 jan. 2019

STETLER, Cheryl B. *et al.* Leadership for Evidence-Based Practice: Strategic and Functional Behaviors for Institutionalizing EBP. **Worldviews On Evidence-based Nursing**, [s.l.], v. 11, n. 4, p.219-226, 1 jul. 2014. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12044>. Acesso em: 17 jan. 2019

WEST, Michael. *et al.* **Leadership and leadership development in healthcare: the evidence base**. London: The Kings Fund, 2015. p. 34.  
Disponível em: Disponível em:  
[https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf).  
Acesso em: 16 jan. 2019.

WONG, Carol A.; CUMMINGS, Greta G.; DUCHARME, Lisa. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. **Journal Of Nursing Management**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.709-724, jul. 2013. Wiley. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12116>. Acesso em: 17 jan. 2019

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente é uma responsabilidade de todos os profissionais e o assunto é pauta emergente de discussão em todo o mundo. A criação de uma cultura de segurança justa e eficaz propicia fornecer cuidados de alta qualidade aos pacientes, através do trabalho de uma equipe inteira.

Em virtude disso, a liderança se torna uma habilidade essencial no engajamento dos profissionais para fortalecer as práticas, seja de maneira direta ou indireta. O enfermeiro, líder intrínseco, tem como desafio promover o pensamento crítico e transformar o ambiente hospitalar em um local mais seguro através de uma visão compartilhada e multidimensional. Neste contexto, as melhores práticas de liderança de um enfermeiro para gestão do risco hospitalar não se baseiam somente em aprimorar técnicas e ampliar sua gama de conhecimentos, mas sim em reconhecer a individualidade de cada membro da sua equipe e explorar seus pontos fortes a favor da entrega do cuidado seguro e qualificado aos pacientes, fomentando, assim, o espírito de liderança que existe em cada um deles.

Este estudo de caso evidenciou que os enfermeiros utilizavam algumas ferramentas da área de qualidade para auxiliar no processo de gestão de riscos hospitalares, mesmo sem a implantação de um setor ou sistema de qualidade propriamente dito. Realizavam identificação e notificação dos riscos e eventos adversos, faziam a investigação por meio do estudo da causa raiz e posteriormente discutiam a alteração dos processos para adequá-los com barreiras para a prevenção de falhas. Além disso, os resultados apontaram que o enfermeiro foi um dos profissionais precursores das ações de segurança dos pacientes nesses hospitais, promovendo a gestão de riscos desde antes da sua exigência legal.

Dentre as práticas adotadas pelos enfermeiros gestores na sua atuação de liderança, podem ser destacadas as habilidades de comunicação com a equipe e promoção de *feedbacks* periodicamente, atividades educacionais *in loco* e direcionadas para as ações cotidianas, exemplificando falhas que podem ser banalizadas, principalmente nas situações de quase erro (*near miss*). Ainda, foi fortemente citada a questão de o enfermeiro ser um modelo de referência para a equipe, sendo visto como um exemplo a ser seguido. Para isso, foi reforçada a ideia de que o enfermeiro deve ser comprometido com o seu trabalho e estar participativo do processo, mesmo assumindo cargos de gestão, pois precisa conhecer a realidade organizacional de ponta a ponta para planejar e priorizar as atividades, alocando os recursos, sejam humanos ou

materiais, de forma sistematizada, propiciando um cuidado mais efetivo e seguro para o paciente, bem como permitindo que os trabalhadores se sintam mais satisfeitos trabalhando na áreas com as quais têm maior afinidade.

O estímulo de lideranças internas também foi pontuado, pois facilita que as informações sejam disseminadas dentro das equipes em esferas que nem sempre são atingidas pelo gestor. Além disso, ideias novas podem ser trazidas em uma corrente multidirecional entre os trabalhadores, o que propicia um ambiente de inclusão, confiança, comprometimento e engajamento pessoal, uma vez que todos são participantes na construção dos processos. Isso também facilita a adesão dos profissionais aos protocolos e diretrizes, que são importantes aliados nas ações de segurança do paciente.

A gestão de materiais, o dimensionamento de pessoal, a atuação conjunta da equipe multidisciplinar, o ambiente físico e a política organizacional também são fatores que interferem no comportamento do enfermeiro líder para a efetivação de um cuidado seguro. As evidências demonstram que o resultado do serviço de saúde hospitalar é permeado por aspectos multidimensionais, complexos e dependentes tanto da organização do trabalho, quanto do desempenho individual dos profissionais dentro de cada esfera do cuidado para a prevenção de danos aos pacientes e aos próprios trabalhadores, e que esse trabalho nem sempre pode e deve ser abrangido somente pela equipe de enfermagem.

As evidências também demonstram que as melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão de risco hospitalar envolvem desde características individuais, como sentimentos e valores, até competências desenvolvidas em conjunto, como a comunicação e educação em saúde. Pode-se considerar que uma gestão democrática, a capacidade de ser empático e resiliente, a proatividade, o comprometimento, as ações sinceras e engajadas de um líder são fatores que influenciam no ambiente de trabalho e podem beneficiar a satisfação pessoal dos colaboradores, fazendo com que fiquem mais dispostos e atentos, evitando falhas.

Para tanto, o estudo da literatura corroborou no sentido de que atualmente a liderança transformacional tem sido associada às melhores práticas de segurança, tanto para os pacientes, quanto para os trabalhadores. Esse estilo de liderança tende a compartilhar responsabilidades, se preocupar com atuação ética e o respeito aos demais, além de estimular o desenvolvimento de educação e aprendizado, valorizando a experiência profissional.

Outras questões como o uso adequado e consciente da tecnologia, o aprimoramento contínuo, a capacidade de utilizar indicadores para

avaliação de qualidade, o olhar diferenciado do líder para com o colaborador, enxergando-o como pessoa, o uso de protocolos e *check-lists*, a participação nas atividades diárias das equipes com supervisão e orientação direta, assim como a busca pelas melhores evidências do cuidado propiciam que o enfermeiro desenvolva sua gestão de forma eficiente e entregue um cuidado seguro.

Porém, foi relatado pelos enfermeiros que o ensino acadêmico sobre práticas de segurança e gestão de riscos ainda é incipiente na área da saúde e que isso faz diferença no âmbito do cuidado integral ao paciente, uma vez que o profissional precisa se perceber como participante ativo na gestão de riscos de uma forma natural, reconhecendo isso como parte do seu trabalho. Para tanto, é notável que o estudo e o aprimoramento da liderança se fazem fundamentais no cotidiano do enfermeiro, principalmente pelo fato de ele ser o responsável por coordenar as atividades do grupo de profissionais com o maior quantitativo no serviço hospitalar e que realiza o cuidado direto ao paciente na maior parte do tempo, estando assim mais expostos à ocorrência de falhas. Este estudo visa contribuir com os enfermeiros de modo que demonstre alguns pontos importantes que devem ser aperfeiçoados ao longo da sua carreira de gestor e líder de equipes, enfatizando questões atuais como qualidade e segurança.

Portanto, diante dos pressupostos estabelecidos para a realização desta pesquisa, é possível afirmar que os três primeiros se revelaram confirmados, onde foram identificados a necessidade da habilidade gerencial dos enfermeiros na liderança do serviço, o uso de protocolos e diretrizes para o embasamento das ações de segurança e o papel fundamental do enfermeiro na identificação dos riscos, bem como na disseminação da importância da notificação e participação dos profissionais com ações efetivas no gerenciamento de riscos. Porém, em relação ao último pressuposto, ficou evidente que, mesmo fazendo parte da Rede Sentinela, os dois hospitais executavam as ações do NSP de modo separado, mas ao mesmo tempo integrado com a Rede Sentinela e a CCIH. As ações da Rede Sentinela são direcionadas para o monitoramento da qualidade de materiais e ficam sob responsabilidade de poucas pessoas, não sendo uma informação fortemente disseminada pelo hospital. Já o NSP, é responsável por acompanhar os riscos e a qualidade assistencial, associando falhas com materiais no âmbito do cuidado, principalmente quando geram dano ao paciente, e as notificações são estimuladas entre todos os profissionais.

Embora o método escolhido tenha uma estrutura muito rigorosa e sistematizada, a aplicação do Estudo de Caso foi um desafio diante de um

fenômeno complexo, que exigia um olhar atento e sensível como enfermeira e jovem pesquisadora qualitativa. Ainda, ressalta-se que, pelo fato de restringir a coleta à percepção dos enfermeiros, futuras investigações poderão buscar aprofundar a compreensão sobre a liderança dos enfermeiros a partir dos demais gestores institucionais, equipe multiprofissional e pelos pacientes na construção de uma cultura de segurança que potencialize a Gestão de Riscos.

Pode-se destacar que este estudo trouxe como inovação, para a prática de liderança dos enfermeiros na gestão de risco hospitalar, um olhar diferenciado de como o enfermeiro se percebe como gestor do cuidado nas ações de gestão de risco. Quando ele afirma ser um modelo para a sua equipe, compreende-se que cada atitude tem impacto fundamental na construção da cultura de segurança do paciente em âmbito institucional.

**"O presente trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001."**

## REFERÊNCIAS

- ADAMY, Edlamar Kátia *et al.* Reflexão acerca da interface entre a segurança do paciente e o processo de enfermagem. **Rev Enferm Health Care** [Online]. v. 7, n. 1, p. 272-278, Jan/Jul 2018. Disponível em:  
<http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/2519/pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.
- ADHIKARI, Radha *et al.* A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. **Nurse Education Today**, [s.l.], v. 34, n. 2, p.185-190, fev. 2014. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.008>. Acesso em: 12 mai. 2017.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **AHRQ. A decade of evidence, design, and implementation: advancing patient safety**. Rockville: AHRQ; 2012. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/advancing-patient-safety/index.html>. Acesso em: 15 set. 2017.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **AHRQ. Preventive Services Task Force**. 2008. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/uspstf/index.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.
- AMESTOY, Simone Coelho *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.468-475, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000200024>. Acesso em: 14 mai. 2017.
- AMESTOY, Simone Coelho *et al.* Leadership in nursing: from teaching to practice in a hospital environment. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-7, 7 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0276>. Acesso em: 19 out. 2017.
- AMIRI, Maryam; KHADEMIAN, Zahra; NIKANDISH, Reza. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. **Bmc Medical Education**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.1-8, 3 jul. 2018. Springer Nature.  
<http://dx.doi.org/10.1186/s12909-018-1255-6>. Acesso em: 22 jul. 2018.

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.161-172, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>. Acesso em: 08 de ago. 2018.

ARAUJO, Marcos Antonio Nunes de *et al.* Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.52-56, 7 abr. 2017. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2017.v8.n1.984>.

ARKSEY, H. O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **Int. J. Soc. Res. Meth.** N. 8, v. 1, p. 19-32, 2005. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/Scopingstudies.pdf> . Acesso em: 04 jan. 2018.

ARUTO, Giuliana Calderini; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1-9, 17 ago. 2016. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45648>. Acesso em: 14 dez. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT NBR ISO 31010:2012. **Gestão de Riscos – Técnicas para o processo de avaliação de riscos**. Rio de Janeiro; 2012.

AZULINO, Ana Cristina de Oliveira *et al.* Queixas técnicas realizadas pelos profissionais da saúde, relacionadas aos produtos utilizados em hospital sentinela de Belém - Pará. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. São Paulo. 2013, v.4.n.3.13-16. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2013040302000442BR.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2017.

BACHA, Angela Maria *et al.* Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 6, p.1130-1138, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680619i> Acesso em: 17 jan. 2019



BARBOSA, Taís Pagliuco et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 3, p.243-248, jul. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400041>. Acesso em: 07 jan. 2018.

BIGANI, Donna K.; CORREIA, Andrea M.. On the Same Page: Nurse, Patient, and Family Perceptions of Change-of-shift Bedside Report. **Journal Of Pediatric Nursing**, [s.l.], v. 41, p.84-89, jul. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.008>. Acesso em: 25 jan. 2018.

BLEICH, Michael R. Quality and Safety as a Core Leadership Competency. **The Journal Of Continuing Education In Nursing**, [s.l.], v. 49, n. 5, p.200-202, 1 maio 2018. SLACK, Inc. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20180417-03>. Acesso em: 16 jan. 2019

BOAMAH, Sheila A. Emergence of informal clinical leadership as a catalyst for improving patient care quality and job satisfaction. **Journal Of Advanced Nursing**, [s.l.], p.1-10, 27 dez. 2018. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13895>. Acesso em: 15 jan. 2019

BOAMAH, Sheila A. *et al.* Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. **Nursing Outlook**, [s.l.], v. 66, n. 2, p.180-189, mar. 2018. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>. Acesso em: 16 jan. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de eventos adversos no Brasil: 2014 a 2018**. ANVISA, 2018. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>. Acesso em: 24 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala**. ANVISA, 2017a. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/05/Melhorando-a-Seguranca-do-Paciente-em-Larga-Escala-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Sentinela**. Portal Anvisa. 2017b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/rede-sentinela-apresentacao>. Acesso em: 12 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório dos eventos adversos**. ANVISA, 2017c. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>. Acesso em: 21 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017d. p. 92.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. ANVISA, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2016a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>. Acesso em: 25 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Blog da Rede Sentinela**. [blog da internet], ANVISA, 2016b. Disponível em: <http://redesentinela-anvisa.blogspot.com.br/p/sobre-rede-sentinela.html> Acesso em: 20 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz; ANVISA. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 51**. 29 de setembro de 2014. Requisitos para Rede Sentinela. ANVISA. Diário Oficial. Brasília, DF. 01 de outubro de 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa nº 8**, de 29 de setembro de 2014. ANVISA, 2014c. Disponível em: [http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes\\_01.10.2014-III.pdf](http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_01.10.2014-III.pdf). Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletins Informativos - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. ANVISA, 2013a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junh>

o/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529**. 01 de abril de 2013. ANVISA, 2013b. 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: 15 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 36**. 25 de julho de 2013. ANVISA, 2013c. 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: 15 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 63**, de 25 de novembro de 2011. Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. ANVISA, 2011. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>. Acesso em: 14 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.660**. 22 de julho de 2009. ANVISA, 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/Documentos/PORTARIA%20No1660%2022%2007%2009.pdf?id=23441&word=> Acesso em: 12 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Hemogivilância**. ANVISA. 3ª ed. Brasília, 2003. p. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.782**, de 26 de janeiro de 1999. ANVISA, 1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm). Acesso em: 12 out. 2017.

BENNIS, W. **Why leaders can't lead**. Jossey-Bass Publishers. São Francisco. 1989.

BERNHARD, L. A. WALSH, M. **Leadership**. St. Louis: C. V. Mosby. 1990.

BRENNAN, Troyen A. *et al.* Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 324, n. 6, p.370-376, 7 fev. 1991. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/nejm199102073240604>. Acesso em: 11 mai. 2017.

BREWER, Carol S. *et al.* Impact of transformational leadership on nurse work outcomes. **Journal Of Advanced Nursing**, [s.l.], v. 72, n. 11, p.2879-2893, 26 jul. 2016. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13055>. Acesso em: 17 ago. 2017.

BURDEU, Gabrielle; CURREY, Judy; PILCHER, David. Idle central venous catheter-days pose infection risk for patients after discharge from intensive care. **American Journal Of Infection Control**, [s.l.], v. 42, n. 4, p.453-455, abr. 2014. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.11.011>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BURKE, Kathleen G. *et al.* CE. Creating an Evidence-Based Progression for Clinical Advancement Programs. **American Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 117, n. 5, p.22-35, maio 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.naj.0000516248.15946.76>. Acesso em: 21 jul. 2018.

BURNS, J. M. **Leadership**. New York: Harper & Row. 1978.

CABRITA, Maria de Fátima Guerreiro; JOSÉ, Helena Maria Guerreiro - O idoso na equipe de cuidados continuados integrados: programa de enfermagem para prevenção de quedas. **Revista de Enfermagem UFPE on line** [em linha] 7:1 (2013) 96-103. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3524>. ISSN: 1981-8963. Acesso em: 09 jan. 2018.

CALDANA, Graziela *et al.* Brazilian network for nursing and patient safety: challenges and perspectives. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.906-911, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720150001980014>. Acesso em: 08 ago. 2017.

CAMELO, Silvia Helena Henriques *et al.* Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem. **Ciencia y Enfermería**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.75-86, abr. 2016. SciELO Comision Nacional de Investigacion Cientifica Y Tecnologica (CONICYT). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532016000100007>. Acesso em: 18 de out. 2017.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. CIHI. Canadian Patient Safety Institute. **Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals. With What can be done to improve patient safety?** authored by Chan B, Cochrane D. Ottawa, ON: CIHI; 2016.

Disponível em:

[https://secure.cihi.ca/free\\_products/cihi\\_cpsi\\_hospital\\_harm\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_en.pdf)

Acesso em: 15 jan. 2019

CÁRCAMO-FUENTES, Claudio; RIVAS-RIVEROS, Edith. Estilo de liderança em profissionais de enfermagem según su función en los sectores público o privado en Temuco, Chile, 2015. **Aquichan**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.70-83, 1 fev. 2017. Universidad de la Sabana. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.7>. Acesso em: 11 jul. 2017.

CEBALLOS, Kirtley et al. Nurse-Driven Quality Improvement Interventions to Reduce Hospital-Acquired Infection in the NICU. **Advances In Neonatal Care**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.154-163, jun. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/anc.0b013e318285fe70>. Acesso em: 08 jan. 2018.

CHO, Seon Mi; CHOI, Jisun. Patient Safety Culture Associated With Patient Safety Competencies Among Registered Nurses. **Journal Of Nursing Scholarship**, [s.l.], p.1-9, 15 jul. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12413>. Acesso em: 21 jul. 2018.

CLANCY, Anne; MAHLER, Marianne. Nursing staffs' attentiveness to older adults falling in residential care - an interview study. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 25, n. 9-10, p.1405-1415, 24 mar. 2016. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13240>. Acesso em: 08 jan. 2018.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). **Padrões para Acreditação da Joint Comission Internacional para Hospitais**. Rio de Janeiro, 2010. p.288.

COSTA, Veridiana Tavares; MEIRELLES, Betina Horner Schindwein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Best practice of nurse managers in risk management. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1165-1171, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692013000500021>. Acesso em 16 set. 2017.

COSTA, V. T. **Melhores Práticas do enfermeiro gestor: um estudo de caso**. Dissertação de mestrado. p.134. 2011.

COUTO, Renato Camargos; PEDROSA, Tânia Grillo Moreira; ROSA, Mario Borges. **Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes**

**hospitalizados.** Instituto de Estudos de Saúde Suplementar: Belo Horizonte, 2016. p. 48. Disponível em: [https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=806&id\\_tipo=15](https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=806&id_tipo=15). Acesso em: 18 nov. 2017.

DALY, John *et al.* The importance of clinical leadership in the hospital setting. **Journal Of Healthcare Leadership**, [s.l.], p.75-83, nov. 2014. Dove Medical Press Ltd.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2147/jhl.s46161>. Acesso em: 15 jan. 2019

DAUDT, M.L.H., MOSSEL, C.V., SCOTT, S.J. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. **BMC Med Res Methodol**. N.13, V. 48. 2013. Disponível em: <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-13-48>. Acesso em: 04 jan. 2018.

DEMPSEY, Christina; ASSI, Mary Jo. The Impact of Nurse Engagement on Quality, Safety, and the Experience of Care. **Nursing Administration Quarterly**, [s.l.], v. 42, n. 3, p.278-283, 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/naq.0000000000000305>. Acesso em: 22 jul. 2018.

D'LIMA, D et al. Surgical Swab Counting: A Qualitative Analysis from the Perspective of the Scrub Nurse. **Journal Of Perioperative Practice**, [s.l.], v. 24, n. 5, p.103-111, maio 2014. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/175045891402400503>. Acesso em: 10 jan. 2018.

DOLS, Jean Dowling *et al.* Developing Policies and Protocols in the Age of Evidence-Based Practice. **The Journal Of Continuing Education In Nursing**, [s.l.], v. 48, n. 2, p.87-92, 1 fev. 2017. SLACK, Inc. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20170119-10>. Acesso em: 16 jan. 2019

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11):1115-8.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.213-219, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002005000200015>. Acesso em: 22 de nov. 2017.

FERREIRA, Gímerson Erick; DALL'AGNOL, Clarice Maria; PORTO, Adrize Rutz. Repercussions of proactivity in the management of care: perceptions of nurses. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], p.20-23, 2016. GN1 Genesis Network. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160057>. Acesso em: 13 out. 2017.

FIEDLER, F. A theory of leadership effectiveness. New York: McGraw-Hill. 1967.

FLEISZER, Andrea R. *et al.* Nursing unit leaders' influence on the long-term sustainability of evidence-based practice improvements. **Journal of Nursing Management**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.309-318, 17 jun. 2015. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12320> Acesso em: 16 jan. 2019

FOLLETT, M. P. **The giving of orders**. In: H.C. Metcalf (Ed). Scientific foundations of business administration. Baltimore: William and Wilkins. 1926.

FONSECA, Emilio Prado. Novos rumos para a pesquisa em Vigilância Sanitária no Brasil. **Vigilância Sanitária em Debate**, [s.l.], v. 1, n. 2, p.22-26, 29 maio 2013. Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência y Tecnologia. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3395/vd.v1i2.27>. Acesso em: 14 ago. 2017.

FRANÇOLIN, Lucilena *et al.* Patient safety management from the perspective of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 49, n. 2, p.0277-0283, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000200013>. Acesso em 12 set. de 2017.

GALVÃO C. M. **A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória** [livredocência] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; MENDES, Isabel Amélia Costa. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 37, n. 4, p.43-50, dez. 2003. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342003000400005>. Acesso em: 21 nov. 2017.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. A liderança como estratégia para a

implementação da prática baseada em evidências na enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. n. 26, v. 3, p. 293-301, 2005.

Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4559/2486>. Acesso em: 12 dez. 2017.

GANZ, Freda Dekeyser; TOREN, Orly. Israeli nurse practice environment characteristics, retention, and job satisfaction. **Israel Journal Of Health Policy Research**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.1-8, 2014. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/2045-4015-3-7>. Acesso em: 16 jan. 2019

GEORGIU, Evanthia *et al.* Barriers and facilitators for implementing the WHO's safety surgical checklist: A focus group study among nurses. **Journal Of Perioperative Practice**, [s.l.], p.1-8, 18 jun. 2018. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1750458918780120>. Acesso em: 22 jul. 2018.

GROVES, Patricia S.; FINFGELD-CONNETT, Deborah; WAKEFIELD, Bonnie J.. It's Always Something. **Clinical Nursing Research**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.296-313, 4 dez. 2012. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1054773812468755>. Acesso em: 12 jan. 2018

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato *et al.* A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. 5, p.861-867, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600021>. Acesso em: 21 dez. 2017.

GUERRERO-NUÑEZ, Sara; CID-HENRÍQUEZ, Patricia. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en Enfermería. **Aquichan**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.129-140, 1 maio 2015. Universidad de la Sabana. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.12>. Acesso em: 07 de out. 2017.

HA, Laurence; PEPIN, Jacinthe. Clinical nursing leadership educational intervention for first-year nursing students: A qualitative evaluation. **Nurse Education In Practice**, [s.l.], v. 32, p.37-43, set. 2018. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.005>. Acesso em: 08 ago. 2018.



HEALTH QUALITY & SAFETY COMMISSION. **The global trigger tool: A review of the evidence (2016 edition)**. Wellington: Health Quality & Safety Commission. New Zealand: 2016. Disponível em: <https://www.hqsc.govt.nz/assets/GTT/PR/GTT-evidence-review-Jan-2016.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

HENDRICKS, Joyce; COPE, Vicki; BAUM, Gwendolyn. Postgraduate nurses' insights into the nursing leadership role. Do they intuitively link the role to patient safety? **Journal of Nursing Education And Practice**, [s.l.], v. 5, n. 9, p.72-77, 24 jun. 2015. Sciedu Press. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v5n9p72>. Acesso em: 16 jan. 2019

HINRICHSEN, Sylvia Lemos. **Qualidade & Segurança do Paciente: Gestão de Riscos**. Rio de Janeiro: Medbook, 2012. 352p.

IOWA MODEL COLLABORATIVE. Iowa Model of Evidence-Based Practice: Revisions and Validation. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**. N. 14, v. 3, p. 175-182, 2017.

IOWA. University of Iowa. College of Nursing. HCGNE – **Best Practices for Healthcare Professionals**. Disponível em: <https://nursing.uiowa.edu/hartford/best-practices-for-healthcare-professionals>. Acesso em: 27 dez. 2017.

JEFFS, Lianne. Achieving the Quadruple Aim in Healthcare: The Essential Role of Authentic, Complex and Resilient Nurse Leaders. **Canadian Journal of Nursing Leadership**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.8-19, 30 jun. 2018. Longwoods Publishing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12927/cjnl.2018.25607>. Acesso em: 14 jan. 2019

JEFFS, Lianne *et al.* Attributes and Actions Required to Advance Quality and Safety in Hospitals: Insights from Nurse Executives. **Canadian Journal of Nursing Leadership**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.20-31, 30 jun. 2018. Longwoods Publishing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12927/cjnl.2018.25606>. Acesso em: 15 jan. 2019

JHA, Ashish K *et al.* The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **Bmj Quality & Safety**, [s.l.], v. 22, n. 10, p.809-815, 18 set. 2013. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>. Acesso em: 23 jan. 2018.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **Exemples of monitoring and evaluation in special care units**. In: Joint Commission on Accreditation of Healthcare

Organizations. Spacial care unit monitoring and evaluating in perspective. Chicago: JCAHO, 1998

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals**. 5. ed. 2013.

KANERVA, Anne; KIVINEN, Tuula; LAMMINTAKANEN, Johanna. Collaborating with nurse leaders to develop patient safety practices. **Leadership in Health Services**, [s.l.], v. 30, n. 3, p.249-262, 3 jul. 2017. Emerald. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/lhs-05-2016-0022> Acesso em: 16 jan. 2019

KANTER, R. M. **The new managerial work**: Harvard business review. N. 67, vol. 6, p. 85-92, 1989.

KEMPFER, Silvana Silveira *et al.* Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.562-566, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472010000300022>. Acesso em: 01 dez. 2017.

KIRKPATRICK, Helen et al. The Nurse as Bricoleur in Falls Prevention: Learning from a Case Study of the Implementation of Fall Prevention Best Practices. **Worldviews On Evidence-based Nursing**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.118-125, 10 mar. 2014. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12026>. Acesso em: 14 jan. 2018.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S.; MCKAY, T.; PIKE, K.C. To err is human. **Washington, DC: National Academy Press**; 2000. Disponível em: <http://www.csen.com/err.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

KUTNEY-LEE, Ann *et al.* Nurse Engagement in Shared Governance and Patient and Nurse Outcomes. **Jona: The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 46, n. 11, p.605-612, nov. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000412>. Acesso em: 15 jan. 2019

KUWABARA, Cleuza Catsue Takeda; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; OLIVEIRA, Márcio Mattos Borges de. Risk Management in Technovigilance: construction and Validation of a Medical-Hospital Product Evaluation Instrument. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 5, p.943-951, out. 2010. FapUNIFESP

(SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692010000500015>. Acesso em: 08 set. 2017.

LASCHINGER, Heather K.s.; SMITH, Lesley Marie. The Influence of Authentic Leadership and Empowerment on New-Graduate Nurses' Perceptions of Interprofessional Collaboration. **Jona: The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.24-29, jan. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0b013e3182786064>.

LAUT, Rebecca *et al.* Leading the Nurse Within: Developing Confident Leadership Skills for New Graduates. **The Journal Of Continuing Education In Nursing**, [s.l.], v. 49, n. 8, p.356-359, 1 ago. 2018. SLACK, Inc.. <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20180718-06>. Acesso em: 28 dez. 2017.

LEA, Emma *et al.* Beyond the 'tick and flick': facilitating best practice falls prevention through an action research approach. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 21, n. 13-14, p.1896-1905, 5 jun. 2012. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04121.x>. Acesso em: 13 jan. 2018.

LEE, Seung Eun *et al.* Effects of Individual Nurse and Hospital Characteristics on Patient Adverse Events and Quality of Care: A Multilevel Analysis. **Journal Of Nursing Scholarship**, [s.l.], v. 50, n. 4, p.432-440, 14 jun. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12396>. Acesso em: 22 jul. 2018.

LEE, Yee Ling Geraldine *et al.* Fall prevention among children in the presence of caregivers in a paediatric ward: a best practice implementation. **International Journal Of Evidence-based Healthcare**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.33-38, mar. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1744-1609.12003>. Acesso em: 14 jan. 2018.

LEWIN, K. **Field theory in social sciences**. New York: Harper & Row. 1951.

LIMA, Elaine Cantarella *et al.* Critical incidents connected to nurses' leadership in Intensive Care Units. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 5, p.1018-1025, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0137>. Acesso em: 16 jan. 2019.

LIUKKA, Mari; HUPLI, Markku; TURUNEN, Hannele. How transformational leadership appears in action with adverse events? A study for Finnish nurse manager. **Journal Of Nursing Management**, [s.l.], v. 26, n. 6, p.639-646, 26 dez. 2017. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12592>. Acesso em: 17 jan. 2019.

LORENZINI, Elisiane; SANTI, Juliana Annita Ribeiro; BÃO, Ana Cristina Pretto. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 35, n. 2, p.121-127, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>. Acesso em: 22 out. 2017.

LOTFI, Zahra *et al.* Relationship between ethical leadership and organisational commitment of nurses with perception of patient safety culture. **Journal Of Nursing Management**, [s.l.], v. 26, n. 6, p.726-734, 12 mar. 2018. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12607>. Acesso em: 17 jan. 2019

MACEDO, ED *et al.* Índice de reação transfusional em pacientes submetidos a transfusão em um hemocentro do Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**. V. 2, n. 2, p. 54-59, 2015. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/RBPeCS/article/view/49>. Acesso em: 12 ago. 2017.

MADIGAN, E.A. Evidence – based practice in homehealth care: a springboard for discussion. **Home Health Care Nurse**, v. 16, n. 6, p. 411- 415, 1998.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e Liderança em Enfermagem – teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTIN, Erik R.; KALLMEYER, Robert. Strategies to Recruit the Next Generation of Nursing Leadership Talent. Jona: **The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 48, n. 7/8, p.368-374, 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000631>. Acesso em: 28 dez. 2017.

MCAULIFFE, Eilish. Clinical governance in the Irish health system – a review of progress. **Clinical Governance: An International Journal**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.296-313, 30 set. 2014. Emerald. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/cgij-09-2014-0029>. Acesso em: 16 jan. 2019

MELNYK, Bernadette Mazurek *et al.* The State of Evidence-Based Practice in US Nurses. **Jona: The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 42, n. 9, p.410-417, set. 2012. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0b013e3182664e0a>. Acesso em: 05 nov. 2017.

MELO, Clayton Lima *et al.* Management of assistencial risks in an intensive care unit: the perception of the nursing team. **Journal Of Nursing Ufpe**, Recife, v. 7, n. 11, p.6398-6407, 1 nov. 2013. Semestral. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12285/14945>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. ISSN 1353-4505. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.full.pdf+html>. Acesso em: 26 de dez de 2017.

MENDES, Walter *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 59, n. 5, p.421-428, set. 2013. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>. Acesso em: 12 jun. 2017.

MERRILL, Katreena Collette. Leadership Style and Patient Safety. **Jona: The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 45, n. 6, p.319-324, jun. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000207>. Acesso em: 16 jan. 2019

MIGOWSKI, Eliana R. *et al.* Interpersonal relationships and safety culture in Brazilian health care organisations. **Journal Of Nursing Management**, [s.l.], p.1-7, 20 jun. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12615>. Acesso em: 22 jul. 2018.

MILAGRES, L. M. **Gestão De Riscos Para Segurança Do Paciente: O Enfermeiro E a Notificação Dos Eventos Adversos**. Tese de Doutorado. p. 100, 2015.

MILLS, D.H. **Medical insurance feasibility study-A technical summary**. West J Med 128:360-365, Apr 1978.

MINUZZI, Ana Paula; SALUM, Nádia Chiodelli; LOCKS, Melissa Orlandi Honório. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>. Acesso em: 28 jul. 2017.

MORORÓ, Deborah Dinorah de Sá *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 30, n. 3, p.323-332, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>. Acesso em: 24 jul. 2017.

MULS, Ann *et al.* Influencing organisational culture: a leadership challenge. **British Journal of Nursing**, [s.l.], v. 24, n. 12, p.633-638, 25 jun. 2015. Mark Allen Group. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2015.24.12.633>. Acesso em: 14 jan. 2019

MURRAY, Melanie; SUNDIN, Deborah; COPE, Vicki. The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. **Journal of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 27, n. 5-6, p.1287-1293, 4 dez. 2017. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13980>. Acesso em: 14 jan. 2019

NASCIMENTO, Camila Cristina Pires *et al.* Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 16, n. 4, p.746-751, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692008000400015>. Acesso em: 15 ago. 2017.

NELSON, Antonia M.. Best practice in nursing: A concept analysis. **International Journal Of Nursing Studies**, [s.l.], v. 51, n. 11, p.1507-1516, nov. 2014. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.003>. Acesso em: 12 out. 2017.

NEVES, Vanessa Ribeiro; SANNA, Maria Cristina. Conceitos e práticas de ensino e exercício da liderança em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 4, p.733-740, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690417i>. Acesso em: 26 set. 2017.

NIEDERHAUSER, Victoria; WOLF, Jason. Patient Experience. **Nursing Administration Quarterly**, [s.l.], v. 42, n. 3, p.211-216, 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/naq.0000000000000293>. Acesso em: 25 jan. 2018.

NUCKOLS, Teryl K. et al. Clinical Effectiveness and Cost of a Hospital-Based Fall Prevention Intervention. *Jona: The Journal of Nursing Administration*, [s.l.], v. 47, n. 11, p.571-580, nov. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000545>

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo; MUNIZ, Edla Lobo. A enfermagem diante do espelho desvelando a liderança transpessoal no cuidado da equipe. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 37, n. 4, p.1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.63815>. Acesso em 28 de jun de 2017.

O'CONNOR, Shawn; CARLSON, Elisabeth. Safety culture and senior leadership behavior. **Jona**. v.46, n. 4, p. 215–220. Abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000330>. Acesso em: 16 jan. 2019

OKUNO, M.F.P.; BELASCO, A.; BARBOSA, D. **Evolução da pesquisa em enfermagem até a Prática Baseada em Evidências**. In: Barbosa D, Taminato M, Fram D, Belasco A. *Enfermagem Baseada em Evidências*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 1-7.

OLIVEIRA, Alcinéa Cristina Ferreira de *et al.* Liderança e enfermagem: elementos para reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 57, n. 4, p.487-489, ago. 2004. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672004000400021>. Acesso em: 07 out. 2017.

OLIVEIRA, Elaine Machado de *et al.* Ambiente das práticas de enfermagem e satisfação profissional em unidades críticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 1, p.79-86, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0211>. Acesso em: 17 jan. 2019

OLIVEIRA, Roberta Meneses *et al.* Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based

practices. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.122-129, 2014. GN1 Genesis Network. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>. Acesso em: 21 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Aliança Mundial para a Segurança do Paciente: programa avançado**. Genebra, 2005. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf). Acesso em: 11 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Pesquisa de segurança do paciente: curso introdutório - Sessão 1. O que é segurança do paciente?** Genebra, 2012. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/research/online\\_course/en/](http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/). Acesso em: 12 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura conceitual da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente: Relatório Técnico Final**. Genebra, 2009. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf). Acesso em: 14 set. 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde**. Genebra, 1981.

OUCHI, W. G. *Theory Z: how american business can meet the japanese challenge*. Reading, MA: Addison-Wesley. 1981.

OYE, Christine *et al.* Facilitating change from a distance - a story of success? A discussion on leaders' styles in facilitating change in four nursing homes in Norway. **Journal Of Nursing Management**, [s.l.], v. 24, n. 6, p.745-754, 19 abr. 2016. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12378>. Acesso em: 16 jan. 2019

PARANAGUÁ, T. T. DE B. *et al.* Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. **Enfermería Global**, v. 13, n. 2, p. 206-218, 2014. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt\\_administracion1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_administracion1.pdf). Acesso em: 28 ago. 2017.

PATERSON, Karyn; HENDERSON, Amanda; BURMEISTER, Elizabeth. The impact of a leadership development programme on nurses' self-perceived leadership capability. **Journal Of Nursing**



- Management**, [s.l.], v. 23, n. 8, p.1086-1093, 27 out. 2014. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12257>. Acesso em: 16 jan. 2019
- PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paul Enferm**. N. 22, V. Especial - 70 Anos, p. 880-881, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.
- PEREIRA, Rui; CARDOSO, Maria; MARTINS, Maria. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. , n. 7, p.55-62, 31 jul. 2012. Health Sciences Research Unit: Nursing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/riii11146>. Acesso em: 08 jun. 2017.
- PINHEIRO, M. DA P.; JUNIOR, O. C. DA S. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. **Enfermería Global**, v. 16, n. 45, p. 309–352, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00309.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.
- PORTO, Adrize Rutz; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Análise da proatividade da enfermagem em um hospital universitário público. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 29, n. 5, p.603-609, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600083>. Acesso em: 14 dez. 2017.
- POWELL-COPE, Gail et al. A Qualitative Understanding of Patient Falls in Inpatient Mental Health Units. **Journal Of The American Psychiatric Nurses Association**, [s.l.], v. 20, n. 5, p.328-339, set. 2014. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1078390314553269>. Acesso em: 05 jan. 2018.
- QUES, Ángel Alfredo Martínez; MONTORO, César Hueso; GONZÁLEZ, María Gálvez. Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.339-345, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692010000300007>. Acesso em: 29 jun. 2017.

RACHH, Pratik et al. Redesigning the Patient Observer Model to Achieve Increased Efficiency and Staff Engagement on a Surgical Trauma Inpatient Unit. **The Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety**, [s.l.], v. 42, n. 2, p.77-85, fev. 2016. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250\(16\)42009-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250(16)42009-x). Acesso em: 11 jan. 2018.

REASON, J. T. **Human error**. 20ª ed. New York: Cambridge University Press, 2009.

RIEGEL, Fernando; OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.1-5, 27 jan. 2017. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.45577>.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 5, p.728-735, 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000500013>. Acesso em: 28 dez. 2017.

ROBBINS, A. **Awaken the giant withing**. New Your: Fireside Books. 1991.

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 15, n. 3, p.595-601, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452011000300022>. Acesso em: 06 nov. 2017.

SACKETT, D. **Medicina baseada em evidências: prática e ensino**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

SANTOS, Andressa Schaurich dos *et al.* Percepção dos colaboradores de uma equipe de enfermagem quanto ao estilo de liderança de seu superior imediato. **Revista Ciências Administrativas**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.1-12, 9 maio 2018. Fundacao Edson Queiroz. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/2318-0722.2018.7166>. Acesso em: 13 jan. 2019

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al.* Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 37, n. 1, p.1-7,

2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>. Acesso em: 15 jan. 2019

SHAW, Jay et al. Engaging Home Health Care Providers in a Fall Prevention Best Practice Initiative. **Home Health Care Services Quarterly**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.1-16, jan. 2013. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/01621424.2013.757177>. Acesso em: 12 jan. 2018.

SHERMAN, Rose O.; SAIFMAN, Heather. Transitioning Emerging Leaders Into Nurse Leader Roles. Jona: **The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 48, n. 7/8, p.355-357, 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000628>. Acesso em: 29 dez. 2017.

SHUMAN, Clayton J. *et al.* Unit Leadership and Climates for Evidence-Based Practice Implementation in Acute Care: A Cross-Sectional Descriptive Study. **Journal Of Nursing Scholarship**, [s.l.], p.114-124, 15 dez. 2018. Wiley. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12452>. Acesso em: 15 jan. 2019

SILVA, Aline Teixeira *et al.* Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 111, p.292-301, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611123>. Acesso em: 07 out. 2017.

SILVA, Vânea Lúcia dos Santos *et al.* Leadership Practices in Hospital Nursing: A Self of Manager Nurses. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [s.l.], v. 51, p.1-8, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016099503206>. Acesso em: 28 dez. 2017.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 37, n. , p.1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>. Acesso em: 09 jan. 2018.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety: Strengthening a value–base approach to reducing patient harm at national level**, OECD, Mar. 2017. Disponível em:

<https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2017.

SORRENTINO, Patricia. Use of Failure Mode and Effects Analysis to Improve Emergency Department Handoff Processes. **Clinical Nurse Specialist**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.28-37, 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/nur.000000000000169>. Acesso em: 02 jan. 2018.

SOUSA, Fernanda Coura Pena de *et al.* A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s.l.], v. 26, n. 3, p.1-8, 17 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>. Acesso em: 25 jan. 2018.

STETLER, C.B. *et al.* **Evidence-based practice and the role of nursing leadership**. *JONA*, v. 28, n. 7-8, p. 45-53, 1998.

STETLER, Cheryl B. *et al.* Leadership for Evidence-Based Practice: Strategic and Functional Behaviors for Institutionalizing EBP. **Worldviews On Evidence-based Nursing**, [s.l.], v. 11, n. 4, p.219-226, 1 jul. 2014. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12044>. Acesso em: 17 jan. 2019.

TAPPEN, R. M. *Nursing leadership and management*. Philadelphia: F.A. Davis. 1995.

TARLING, Maggie *et al.* Comparing safety climate for nurses working in operating theatres, critical care and ward areas in the UK: a mixed methods study. **Bmj Open**, [s.l.], v. 7, n. 10, p.1-9, out. 2017. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016977>. Acesso em: 20 jul. 2018.

THE COCHRANE COLLABORATION. **The Cochrane Collaboration**. 2017. Disponível em: <http://www.cochrane.org/about-us>. Acesso em: 12 nov. 2017.

VINCENT, C. **Patient Safety**. Chichester:Wiley-Blackwell; 2010.

VOLPE, Cris Renata Grou *et al.* Medication errors in a public hospital in Brazil. **British Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 23, n. 11, p.552-559, 12 jun. 2014. Mark Allen Group. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2014.23.11.552>. Acesso em: 03 jan. 2018.

WAGNER, Laura M. et al. Nurses' disclosure of error scenarios in nursing homes. **Nursing Outlook**, [s.l.], v. 61, n. 1, p.43-50, jan. 2013. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2012.05.008>. Acesso em: 11 jan. 2018.

WEST, Michael. *et al.* **Leadership and leadership development in healthcare: the evidence base**. London: The Kings Fund, 2015. p. 34. Disponível em: Disponível em: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf). Acesso em: 16 jan. 2019.

WHITE, R. K. LIPPITT, R. Autocracy and democracy: an experimental inquiry. New Yourk: Harper & Row. 1960.

WILLIAMS, Tyeasha et al. Implementing Evidence-Based Medication Safety Interventions on a Progressive Care Unit. **Ajn, American Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 114, n. 11, p.53-62, nov. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/01.naj.0000456433.07343.7f>. Acesso em: 13 jan. 2018.

WONG, Carol A.; CUMMINGS, Greta G.; DUCHARME, Lisa. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. **Journal Of Nursing Management**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.709-724, jul. 2013. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12116>. Acesso em: 17 jan. 2019

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.



## APÊNDICES

## APÊNDICE A – PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**FINALIDADE E JUSTIFICATIVA**

Este estudo de caso tem a finalidade de investigar o fenômeno a partir de uma questão de pesquisa. Seus resultados serão importante ferramenta na aplicação cotidiana dos enfermeiros que exercem atividades de liderança e realizam a gestão de riscos dentro das instituições hospitalares.

**PROPOSIÇÕES TEÓRICAS CONCORDANTES**

(1) A liderança de enfermagem é uma das principais competências que o enfermeiro precisa desenvolver para realizar a efetiva gestão de riscos dentro de uma unidade hospitalar, (2) As práticas de enfermagem devem estar baseadas em qualidade e segurança, seguindo protocolos e diretrizes internacionais que são aplicados e difundidos pelos enfermeiros que exercem cargos de liderança, e (3) O enfermeiro como líder da equipe de enfermagem exerce papel fundamental na identificação e prevenção da ocorrência de eventos adversos, bem como na notificação dos eventos e na disseminação de uma cultura de segurança do paciente.

**PERGUNTA DE PESQUISA**

Como as práticas de liderança do Enfermeiro interferem/contribuem para a Gestão de Risco Hospitalar nos hospitais da Rede Sentinela de um município do Estado de Santa Catarina?

**OBJETIVO GERAL**

Evidenciar as práticas de liderança do Enfermeiro que interferem e/ou contribuem para a Gestão de Risco nos hospitais da Rede Sentinela de um município do Estado de Santa Catarina.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer as ferramentas de liderança utilizadas pelos enfermeiros no processo de Gestão de Risco Hospitalar.



- Analisar as práticas de liderança utilizadas pelos enfermeiros na gestão de risco hospitalar à luz do conceito de melhores práticas em enfermagem.

### **PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS**

Os dados serão coletados com os enfermeiros que trabalham em instituições pré-determinadas que fazem parte da Rede Sentinela de um município do Estado de Santa Catarina que ocupem cargos de liderança na instituição e sejam indicados para a pesquisa pelo gerente de enfermagem. Podendo ser estendida a um grupo de pacientes, se necessário.

Cada hospital será identificado como uma unidade integrada de pesquisa representada pela letra “H” (de hospital) com o seu correspondente numérico (H1, H2, H3) e os entrevistados serão identificados dentro de cada hospital pela letra “L” (Líder) ou “P” (Paciente) e um indicador numérico (L1, L2, L3...) de acordo com o andamento das entrevistas, sucessivamente. As fontes de evidências serão: Entrevistas, Pesquisa Documental e Observação não participante.

### **RELATO DE ESTUDO DE CASO**

O relato do estudo de caso é desenvolvido como um relatório descritivo parcial. Posteriormente acontece a análise dos achados. As entrevistas e as observações são analisadas de acordo com a técnica analítica de construção da explanação e a pesquisa documental corrobora com as outras evidências, auxiliando na triangulação dos dados. Os agrupamentos da análise dos dados referentes ao estudo irão compor o relatório final, representado pela dissertação de mestrado.

### **OBSERVAÇÕES GERAIS – ENTREVISTA**

Para a realização da entrevista, será necessário cumprir o *Check-List* abaixo:

<b>Antes da Entrevista</b>	
Confirmar dia e horário da entrevista através de contato telefônico;	
Separar o protocolo de estudo de caso;	
Realizar uma fotocópia do parecer substanciado do CEP;	
Realizar duas fotocópias do TCLE;	
Separar roteiro de entrevista;	
Testar e separar o gravador;	
Separar prancheta, papel e caneta.	
<b>No Momento da Entrevista</b>	

Solicitar um local reservado e tempo adequado para a entrevista;	
Fornecer uma cópia do TCLE ao entrevistado;	
Ler o TCLE e pedir ao entrevistado que assine duas cópias caso concorde em participar da pesquisa;	
Explicar a metodologia da entrevista;	
Deixar claro que, se após a data de realização da entrevista o participante quiser fazer algum comentário adicional ou acréscimo em alguma de suas respostas, ele poderá entrar em contato com o pesquisador;	
Solicitar a permissão para poder enviar ao entrevistado alguma nova questão que surja, posteriormente, durante a pesquisa, caso o pesquisador considere importante conhecer a opinião do entrevistador.	

### **OBSERVAÇÕES GERAIS – OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE**

A observação não participante será realizada no mesmo dia da entrevista. Para a realização da observação não participante, será necessário cumprir o *Check-List* abaixo:

<b>Antes da Observação não participante</b>	
Solicitar ao coordenador de setor autorização para observação;	
Separar o protocolo de estudo de caso;	
Separar roteiro de observação não participante;	
Separar prancheta, papel e caneta.	
<b>No Momento da Observação não participante</b>	
Explicar a metodologia da observação não participante;	
Solicitar ao entrevistado que acompanhe o pesquisador até a área assistencial;	
Deixar claro que será realizada observação direta das atividades da equipe e anotações dos achados;	
Solicitar a permissão para poder voltar ao campo de observação para sanar alguma dúvida que possa surgir.	

### **OBSERVAÇÕES GERAIS – DOCUMENTOS**

Solicitar ao gerente de enfermagem e ao gerente de risco sanitário os documentos utilizados para o gerenciamento de riscos da instituição.

<b>Tipo de Documento</b>	<b>Informações Importantes</b>	<b>Insights</b>
1.		
2.		

## APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Roteiro individual de entrevista sobre a liderança de enfermagem na gestão de risco hospitalar a partir da perspectiva dos enfermeiros líderes dos hospitais que compõem a Rede Sentinela de um município do Estado de Santa Catarina.

Entrevistado:	
Entrevista nº:	Identificação:
Data:	Horário:
Entidade Representante:	Cargo:
Profissão:	Formação:
Formação em liderança:	
Tempo de atuação:	Tempo em cargo de liderança:
Idade:	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
Observações importantes:	

Questão Norteadora: Como os enfermeiros evidenciam a liderança de enfermagem na gestão de risco hospitalar? É possível identificar melhores práticas de liderança para a enfermagem na gestão de riscos?

1. Para você, o que é risco? E gestão de riscos na saúde?
2. Como você percebe a atuação dos enfermeiros na gestão de riscos?
3. Em que situações a liderança de enfermagem se faz necessária na gestão dos riscos?
4. Você já presenciou ou adotou alguma postura de liderança frente à gestão ou prevenção de algum risco ao paciente? Conte-me.
5. Como você considera que sua experiência profissional contribui para a gestão de risco hospitalar?
6. Na sua visão, como e quando a equipe multidisciplinar compreende a atuação dos enfermeiros líderes dentro da gestão de risco?

7. A instituição da Rede Sentinela contribui para a gestão de riscos neste hospital? Por quê?
8. Quais ferramentas os enfermeiros utilizam para realizar a gestão de riscos?
9. Dentre as ferramentas citadas para a gestão de riscos, em quais delas você percebe que há relação com a liderança de enfermagem?
10. A instituição contribui para que os enfermeiros exerçam o papel de líderes na gestão de riscos? Como?
11. Quais atribuições você considera necessárias para os enfermeiros serem líderes exemplares na gestão de riscos?

## APÊNDICE C – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Roteiro de observação não participante sobre a liderança do enfermeiro na gestão de risco hospitalar em hospitais gerais adulto que compõem a Rede Sentinela de um município do Estado de Santa Catarina.

Pontos para observação:

1. Observar em quais situações podem ser identificadas as práticas de liderança do enfermeiro frente à gestão de risco;
2. Observar se o enfermeiro usa alguma ferramenta no seu cotidiano para realizar a gestão de risco;
3. Observar como o enfermeiro atua diante do risco e como ele usa a liderança para realizar a gestão do risco com a equipe.

#### Registros – Diário de Campo

Data	Horário	Local	Enfermeiro	Observação n°
<b>Observações</b>				

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENFERMEIROS



### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FLORIANÓPOLIS/SANTA CATARINA**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, professora Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Mônica Emanuele Köpsel Fusari, mestranda em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Melhores Práticas de Liderança de Enfermagem na Gestão de Risco Hospitalar”, que tem como objetivo analisar como a liderança de enfermagem é evidenciada na gestão de risco hospitalar dos hospitais da Rede Sentinela de Florianópolis/SC.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista previamente agendada, que será audiogravada, com duração de aproximadamente 60 minutos, e apresentação de documentos e arquivos que possam contribuir com o escopo da pesquisa. Posteriormente a entrevista será transcrita, mas sem que você seja identificado(a) em qualquer tempo do estudo.

A você, esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito da análise individual da liderança de enfermagem frente à gestão de risco hospitalar, a partir da compreensão das ações desenvolvidas profissional e institucionalmente. Os resultados pretendem beneficiar a sociedade, contribuindo com as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam na Gestão de Risco Hospitalar, principalmente os enfermeiros, proporcionando novas tecnologias para sua prática. Pretende contribuir também com a avaliação e operacionalização das ações de liderança realizadas pelo enfermeiro dentro das instituições hospitalares da Rede Sentinela na prevenção de riscos aos pacientes, oferecendo ao sistema de saúde, de uma maneira geral, novas perspectivas para aqueles que a vivenciam em seu cotidiano de trabalho e vida.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionada à reflexão sobre a teoria e a prática durante o exercício de sua atividade. Contudo, as pesquisadoras, compreendendo este potencial risco, estão dispostas a ouvi-los(as), interromper a entrevista e a pesquisa de documentos e arquivos, retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir.

O material coletado durante a entrevista poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional. As informações obtidas através das entrevistas ficarão guardadas sob responsabilidade das pesquisadoras em local reservado por um período de cinco anos e após serão incineradas e os arquivos apagados.

Os resultados deste trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos. Portanto, são assegurados o sigilo e a privacidade da identidade dos participantes, o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade durante todas as fases da realização da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para este estudo você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, mas você será ressarcido(a) caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que será coberta pelo orçamento da pesquisa, mediante apresentação de comprovante. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este documento está redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas,

relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora Betina Hörner Schlindwein Meirelles, pelo telefone (48) 99983-2953, *e-mail* betina.hsm@ufsc.br ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 418. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis/SC, CEP 88.040-900. Poderá entrar em contato com a pesquisadora Mônica Emanuele Köpsel Fusari pelo telefone (48) 99670-6584, *e-mail* monicakopsel@hotmail.com ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3º andar, sala 302. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis/SC, CEP 88.040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 37216094, *e-mail* CEP.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis/SC, CEP 88.040-400.

---

Betina Hörner Schlindwein Meirelles    Mônica Emanuele Köpsel Fusari  
(Pesquisadora Responsável)

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

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



## **ANEXOS**

## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Melhores Práticas de Liderança de Enfermeiros na Gestão de Risco Hospitalar

**Pesquisador:** Betina Hörner Schindwein Meirelles

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 84192118.3.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.646.544

**Apresentação do Projeto:**

Trata o presente projeto de uma Dissertação de Mestrado em Enfermagem vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, de Mônica Emanuele Köpsel Fusari sob orientação da Profa Betina Hörner Schindwein Meirelles, que assina a folha de rosto como pesquisadora responsável juntamente com a Profa Jussara Gue Martini, Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso único integrado, seguindo a metodologia de Yin (2015). O objetivo do estudo é evidenciar as práticas de liderança do Enfermeiro que interferem e/ou contribuem para a Gestão de Riscos nos hospitais da Rede Sentinela de Florianópolis/SC. Será desenvolvido com 20 enfermeiros líderes e gestores dos hospitais que realizam atendimento de caráter generalista para a população adulta no município de Florianópolis/SC que sejam integrantes do Projeto Rede Sentinela e com 10 pacientes.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Evidenciar as práticas de liderança do Enfermeiro que interferem e/ou contribuem para a Gestão de Risco nos hospitais da Rede Sentinela de Florianópolis/SC. Objetivo

**Secundário:** Conhecer as ferramentas utilizadas pelos enfermeiros no processo de Gestão de Risco Hospitalar. Descrever e analisar as práticas de Liderança adotadas pelos enfermeiros na Gestão de

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400

**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-6094

**E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.646.544

Risco Hospitalar. Identificar as Melhores Práticas de Liderança em enfermagem na Gestão de Risco Hospitalar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e a prática durante o exercício de sua atividade ou seu período de internação. Contudo, as pesquisadoras, compreendendo este potencial risco, estão dispostas a ouvir os participantes, interromper a entrevista, a pesquisa de documentos e a observação, retornando a coletar os dados sob a anuência do entrevistado, tão logo esteja à vontade para continua-la ou desistir. O material coletado durante a entrevista poderá ser consultado sempre que o participante desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional. Os resultados deste trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar o nome dos participantes, a instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos. A consulta aos resultados também estará à disposição dos participantes após a finalização da pesquisa caso lhe interessar.

**Benefícios:**

Esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito da análise individual da liderança dos enfermeiros frente a gestão de risco hospitalar, a partir da compreensão das ações desenvolvidas profissional e institucionalmente. Os resultados pretendem beneficiar a sociedade, contribuindo com as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam na Gestão de Risco Hospitalar, principalmente os enfermeiros, proporcionando novas tecnologias para sua prática. Pretende contribuir também com a avaliação e operacionalização das ações de liderança realizadas pelo enfermeiro dentro das instituições hospitalares da Rede Sentinela na prevenção de riscos aos pacientes, oferecendo ao sistema de saúde de uma maneira geral novas perspectivas para aqueles que vivenciam em seu cotidiano de trabalho e vida.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e potencial para contribuir com a linha de pesquisa que se encaixa.

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

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (41)3721-6094 **E-mail:** cen@conpesa@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.646.544

FOLHA DE ROSTO - apresentada e assinada pela Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina;

DECLARAÇÕES - Declaração da Secretária da Saúde , autorizando-a nos termos da resolução 466/12;

TCLE - Apresenta TCLE que atende todas as exigências da resolução 466/12; CRONOGRAMA - Cronograma previsto para iniciar em Maio de 2018;

ORÇAMENTO - apresentado, dentro das condições para a pesquisa e financiamento próprio;

#### Recomendações:

Nada a declarar.

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

Aprovado.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1077580.pdf	17/04/2018 11:18:56		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_HGCR_atualizada.pdf	17/04/2018 11:17:05	MONICA EMANUELE KOPSEL FUSARI	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP_MONICAKOPSEL.docx	16/04/2018 09:56:47	MONICA EMANUELE	Aceito
Outros	PROTOCOLO_DE_ESTUDO_DE_CASO_MONICAKOPSEL.docx	16/04/2018 09:51:25	MONICA EMANUELE	Aceito
Outros	ROTEIRO_OBSERVACAO_MONICAKOPSEL.docx	16/04/2018 09:51:04	MONICA EMANUELE	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_MONICAKOPSEL.docx	16/04/2018 09:50:41	MONICA EMANUELE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CEP_MONICAKOPSEL.docx	16/04/2018 09:50:04	MONICA EMANUELE KOPSEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pacientes_MONICAKOPSEL.docx	16/04/2018 09:43:33	MONICA EMANUELE KOPSEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Enfermeiros_MONICAKOPSEL.docx	16/04/2018 09:43:18	MONICA EMANUELE	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.646.544

Justificativa de Ausência	TCLE_Enfermeiros_MONICAKOPSEL.docx	16/04/2018 09:43:18	MONICA EMANUELE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Monica.pdf	27/02/2018 15:41:36	Betina Hörner Schindwein Meirelles	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_CEP.docx	22/02/2018 19:09:36	MONICA EMANUELE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CEP.docx	22/02/2018 19:09:14	MONICA EMANUELE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoHU.pdf	21/02/2018 14:29:22	MONICA EMANUELE KOPSEL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 09 de Maio de 2018

---

**Assinado por:**  
**Maria Luiza Bazzo**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400