



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIA DO ESPÍRITO SANTO DA SILVA

GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM
CONTEXTO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA DA COVID 19

SALVADOR

2024

MARIA DO ESPÍRITO SANTO DA SILVA

**GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM
CONTEXTO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA DA COVID 19**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de doutora em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de pesquisa “Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde”.

Orientador(a): Profa. Dra. Josicélia Dumet Fernandes.

Coorientador(a): Profa. Dra. Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro.

SALVADOR

2024

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA-SIBI, pela Bibliotecária Maria de Fátima Martinelli CRB5/551, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586 Silva, Maria do Espírito Santo da
Gestão do conhecimento para a segurança do paciente em contexto hospitalar durante a pandemia da Covid-19/Maria do Espírito Santo da Silva. – Salvador, 2024.
151 f.: il.

Orientadora: Prof. Drª. Josicélia Dumet Fernandes; Coorientadora: Prof. Drª. Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2024.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Gestão do conhecimento. 2. Segurança do paciente. 3. Covid-19.
I. Fernandes, Josicélia Dumet. II. Cordeiro, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira.
III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 614:616-083

MARIA DO ESPÍRITO SANTO DA SILVA

GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM CONTEXTO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA DA COVID 19

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de doutora em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de pesquisa “Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde”.

Aprovada em 29 de abril de 2024

BANCA EXAMINADORA

Josicélia Dumet Fernandes



Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia



Documento assinado digitalmente

Gregório Jean Varvakis Rados

Data: 12/05/2024 09:03:06-0300

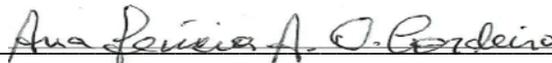
CPF: ***.187.090-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Gregório Jean Varvakis Rados

Doutor em Manufacturing Engineering. Professor Titular de Engenharia do Conhecimento da Universidade Federal de Santa Catarina

Ana Lúcia Queiroz Bezerra



Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Documento assinado digitalmente



ALMERINDA ROSALIA LUEDY REIS

Data: 29/05/2024 14:42:32-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Almerinda Luedy Reis

Doutora em Medicina e Saúde. Professora da Faculdade Santa Casa e Universidade Jorge Amado

Documento assinado digitalmente



NEURANIDES SANTANA

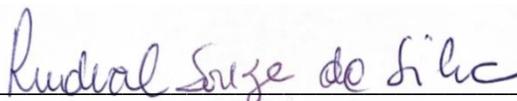
Data: 14/05/2024 12:26:11-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Neuranildes Santana

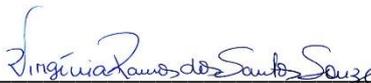
Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Rudval Souza da Silva



Doutor em Enfermagem. Professor Titular da Universidade do Estado da Bahia.

Virginia Ramos dos Santos Souza



Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu pai João Apóstolo da Silva (in memoriam), a minha mãe Otaciana Nicolau da Matta Silva (in memoriam), ao meu marido Climério Alves da Silva (in memoriam), aos meus filhos Cleber Alves da Silva, Cleiton Alves da Silva e ao meu neto Heitor Alves Barbosa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e aos Orixás por me guiarem, sustentarem e pelas possibilidades que a vida me proporcionou.

As minhas orientadoras Prof^ª Dra. Josicélia Dumet Fernandes e Dra. Rosana Maria de Oliveira Silva e coorientadora Prof^ª Dra. Ana Lucia Arcanjo Oliveira Cordeiro, pela atenção, paciência, dedicação, entrega, sabedoria e por acreditar na minha capacidade.

As(os) Gestoras(es) das organizações hospitalares participantes do estudo, por permitirem a realização da pesquisa, pela atenção, respeito, apoio a trajetória do estudo.

Aos professores(as) integrantes da banca examinadora, Dr. Gregório Jean Varvakis Rados, Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Dra. Almerinda Luedy Reis, Dr. Gilberto Tadeu Reis, Dra. Neuranides Santana e Dr. Rudval Souza da Silva, pelas valiosas colaborações apresentadas para o trabalho.

Aos professores e técnicos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia por toda atenção dedicada.

A minha família pelo apoio e entendimento às minhas ausências no decorrer desse estudo.

As enfermeiras Sheila Kelly Lacerda de Souza, Rosangela Louissette Conceição, Ana Bárbara Mascarenhas, Carina Estrela Moita e Jamille Mendes, pelas contribuições nas discussões e organização de material ilustrativo do estudo, pelo apoio, amizade, companheirismo e disponibilidade de tempo.

Aos estudantes de enfermagem Oswaldo Conceição Portugal Neto, Keile Kemyly Assis da Silva da Escola de Enfermagem pelo amplo apoio dedicado na construção desse estudo, principalmente nos momentos de discussão, utilização do software de apoio a análise das entrevistas, revisões e busca em bases de dados.

Aos colegas Jeferson Xavier Pinheiro dos Santos, Valdenisia Tadeu Bispo, Olga Maria Brito dos Santos, pela participação nos momentos de discussão.

Aos meus filhos Cleiton Alves da Silva e Cleber Alves da Silva pelo apoio na transcrição das entrevistas, revisão ortográfica e impressão de materiais.

Ao grupo de colegas do curso de doutorado, especialmente os da turma da seleção COVID 19 2020.2.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia pela oportunidade de crescimento e qualificação profissional.

Ao grupo de Estudos e Pesquisa em Administração de Serviços de Enfermagem (GEPASE), pela oportunidade de aprendizado e o convívio durante esse período.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente com a realização desse estudo e entenderam os momentos de ausências.

AGRADECIMENTOS

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

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de bolsa de estudos.

SILVA, Maria do Espírito Santo da. **Gestão do conhecimento para a segurança do paciente em contexto hospitalar durante a pandemia da COVID-19**. 2024. 153f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

RESUMO

A Gestão do Conhecimento é um conjunto de estratégias e metodologias empresariais que visa gerenciar o conhecimento individual do profissional na organização a fim de tornar o conhecimento coletivo. Diante disso, este trabalho tem como objetivo geral analisar as práticas de gestão do conhecimento de gestoras para promoção da segurança do paciente em contexto hospitalar durante a pandemia da COVID 19. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com abordagem exploratória. É proveniente de projeto matriz intitulado Gestão do Conhecimento Estratégico e da Segurança do Paciente para o Desenvolvimento dos Profissionais e das Organizações de Saúde, integrado ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração de Serviços de Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Utilizou-se da técnica de entrevista semiestruturada e as informações foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo defendida por Bardin, sendo apoiado pelo *software webQDA*®. Participaram do estudo 30 gestoras. No que tange as ações de GC efetivadas pelas gestoras para promoção da segurança do paciente, verificou-se que desenvolvem a aquisição, produção, aplicação e compartilhamento do conhecimento, sem essas serem sistematizadas, contudo, não revelam o conhecimento adequado sobre o significado de cada uma delas. Com os resultados da análise elencou-se quatro categorias e onze subcategorias: Aquisição do Conhecimento (subcategorias: capacitação profissional no contexto da pandemia, conhecimento gerado por materiais científicos, leitura de normas técnicas, processo interativo entre colaboradores); Produção do Conhecimento (Subcategoria: Construção de novos protocolos); Aplicação do Conhecimento (subcategorias: Normas e rotinas, Treinamento de pacientes e acompanhantes e Treinamento de profissionais) e Compartilhamento do Conhecimento (subcategorias: Promoção de atividades Educativas, Criação de Canais Digitais e Produção de Relatos Científicos e Técnicos). Os resultados do presente estudo revelam que a gestão do conhecimento é aplicada nas organizações, indicando que as gestoras realizaram ações gerenciais para proporcionar o compartilhamento de informações e conhecimentos, ao realizarem atividades educativas pertinentes às necessidades exigidas pelo período pandêmico, mesmo considerando o pouco domínio delas quanto a temática. Desse modo, considera-se a gestão do conhecimento, como uma estratégia importante na promoção da segurança do paciente nas organizações hospitalares, em períodos pandêmicos ou não, conduzida por gestoras, e observando a necessidade de adotar uma teoria de suporte adequada para atingir os objetivos propostos. Nesse sentido, sugerimos às gestoras contemplarem o desenvolvimento da GC em seus planejamentos estratégicos e promoverem oportunidades para capacitação de profissionais sobre práticas de GC para aprimorar e criar habilidades para as gestoras desenvolverem seus pares.

Palavras-Chave: Gestão do conhecimento; Segurança do paciente; COVID 19.

SILVA, Maria do Espírito Santo da. **Knowledge management for patient safety in a hospital context during the COVID 19 pandemic.** 2024. 152f. Thesis (Doctorate in Nursing and Health) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2024.

ABSTRACT

Knowledge Management is a set of business strategies and methodologies that aim to manage the individual knowledge of professionals in the organization in order to make knowledge collective. Therefore, this study aims to analyze the knowledge management practices of managers to promote patient safety in a hospital context during the COVID 19 pandemic. This is a qualitative study with an exploratory approach. It comes from a parent project entitled Strategic Knowledge Management and Patient Safety for the Development of Professionals and Health Organizations, integrated with the Study and Research Group in Nursing Services Administration, of the Postgraduate Program in Nursing and Health of the School of Nursing of the Federal University of Bahia. The semi-structured interview technique was used and the information was analyzed through Content Analysis advocated by Bardin, supported by the webQDA® software. Thirty managers participated in the study. Regarding the GC actions carried out by managers to promote patient safety, it was found that they develop the acquisition, production, application and sharing of knowledge, without these being systematized, however, they do not reveal adequate knowledge about the meaning of each of them. With the results of the analysis, four categories and eleven subcategories were listed: Knowledge Acquisition (subcategories: professional training in the context of the pandemic, knowledge generated by scientific materials, reading of technical standards, interactive process between employees); Knowledge Production (Subcategory: Construction of new protocols); Knowledge Application (subcategories: Standards and routines, Training of patients and companions and Training of professionals) and Knowledge Sharing (subcategories: Promotion of Educational Activities, Creation of Digital Channels and Production of Scientific and Technical Reports). The results of this study reveal that knowledge management is applied in organizations, indicating that managers carried out managerial actions to provide information and knowledge sharing, by carrying out educational activities relevant to the needs required by the pandemic period, even considering their little knowledge on the subject. Thus, knowledge management is considered an important strategy in promoting patient safety in hospital organizations, in pandemic periods or not, conducted by managers, and observing the need to adopt an adequate support theory to achieve the proposed objectives. In this sense, we suggest that managers consider the development of KM in their strategic planning and promote opportunities for training professionals on KM practices to improve and create skills for managers to develop their peers.

Keywords: Knowledge management; Patient safety; COVID 19.

SILVA, María do Espírito Santo da. **Gestión del conocimiento para la seguridad del paciente en el contexto hospitalario durante la pandemia COVID 19.** 2024. 152 y sigs. Tesis (Doctorado en Enfermería y Salud) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2024.

RESUMEN

La Gestión del Conocimiento es un conjunto de estrategias y metodologías empresariales que tienen como objetivo gestionar el conocimiento profesional individual en la organización con el fin de hacer conocimiento colectivo. Por tanto, el objetivo general de este trabajo es analizar las prácticas de gestión del conocimiento de los directivos para promover la seguridad del paciente en un contexto hospitalario durante la pandemia de COVID 19. Se trata de un estudio cualitativo, con enfoque exploratorio. Surge de un proyecto matricial titulado Gestión Estratégica del Conocimiento y Seguridad del Paciente para el Desarrollo de Profesionales y Organizaciones de Salud, integrado en el Grupo de Estudio e Investigación en Administración de Servicios de Enfermería, del Programa de Posgrado en Enfermería y Salud de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal. Universidad de Bahía. Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada y la información se analizó mediante Análisis de Contenido propugnado por Bardin, apoyado en el software webQDA®. En el estudio participaron 30 directivos. Respecto a las acciones de GC que realizan los directivos para promover la seguridad del paciente, se encontró que desarrollan la adquisición, producción, aplicación e intercambio de conocimientos, sin que estos estén sistematizados, sin embargo, no revelan conocimientos adecuados sobre el significado de cada uno de ellos. a ellos. Con los resultados del análisis se enumeraron cuatro categorías y once subcategorías: Adquisición de Conocimiento (subcategorías: formación profesional en el contexto de la pandemia, conocimiento generado por materiales científicos, lectura de normas técnicas, proceso interactivo entre empleados); Producción de Conocimiento (Subcategoría: Construcción de nuevos protocolos); Aplicación del Conocimiento (subcategorías: Estándares y rutinas, Formación de pacientes y acompañantes y Formación de profesionales) e Intercambio de Conocimientos (subcategorías: Promoción de actividades Educativas, Creación de Canales Digitales y Elaboración de Informes Científicos y Técnicos). Los resultados del presente estudio revelan que la gestión del conocimiento se aplica en las organizaciones, indicando que los directivos realizaron acciones gerenciales para propiciar el intercambio de información y conocimientos, al realizar actividades educativas relevantes a las necesidades requeridas por el período de pandemia, incluso considerando su carencia. de conocimiento respecto al tema. De esta manera, la gestión del conocimiento es considerada como una estrategia importante en la promoción de la seguridad del paciente en las organizaciones hospitalarias, en períodos de pandemia o no, realizada por los gestores, y observándose la necesidad de adoptar una teoría de apoyo adecuada para alcanzar los objetivos propuestos. En este sentido, sugerimos que los gerentes consideren el desarrollo de la KM en su planificación estratégica y promuevan oportunidades para capacitar a los profesionales en prácticas de KM para mejorar y crear habilidades para que los gerentes desarrollen a sus pares.

Palabras-clave: Gestión del conocimiento; Seguridad del paciente; COVID 19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Destaque de 3 das 13 áreas do programa segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde – OMS.....	33
Figura 1 – Modelo das fases do processo de criação do conhecimento de Nonaka e Takeuchi.....	49
Figura 2 – Plano de análise para as Informações.....	61
Figura 3 – Caracterização sociodemográfica e profissiográfica.....	63
Figura 4 – Evidências das falas que categorizam a Aquisição do conhecimento.....	64
Quadro 2 – Descrição da categoria Aquisição do Conhecimento.....	65
Figura 5 – Evidências das falas que categorizam a Produção do Conhecimento.....	67
Quadro 3 – Descrição da categoria Produção do Conhecimento.....	67
Figura 6 – Evidências das falas que categorizam a Aplicação do Conhecimento.....	68
Quadro 4 – Descrição da categoria Aplicação do Conhecimento.....	69
Figura 7 – Evidências das falas que categorizam o Compartilhamento do Conhecimento.....	71
Quadro 4 – Descrição da categoria Compartilhamento do Conhecimento.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ACR	Análise de Causa Raíz
APO	<i>Asian Productivity Organization</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBF	Constituição Brasileira Federal
CE	Conhecimento Explícito
CT	Conhecimento Tácito
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies</i>
COREMU	Coordenação de Residência Multiprofissional
COVID 19	Corona Vírus 19
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DOU	Diário Oficial da União
DIRENF	Diretoria de Enfermagem
EA	Evento Adverso
EP	Educação Permanente
EESP	Escola Estadual de Saúde Pública
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FADBA	Faculdade Adventista da Bahia
FAMAM	Faculdade Maria Milza
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FTA	Faculdade Tomaz de Aquino
FTC	Faculdade de Tecnologia e Ciências
GC	Gestão do Conhecimento
HE	Hospital Espanhol
GCO	Gestão do Conhecimento Organizacional
GEPASE	Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem

HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
ICP	Instituto Cardio Pulmonar
ISMP	Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos
ME	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PP	Passagem de Plantão
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSP	Programa de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMES	Serviço de Assistência Médica de Salvador
SUBGENF	Subgerência da Unidade de Atenção em Enfermagem
SP	Segurança do Paciente
SOBRASP	Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: DA CONCEPÇÃO A IMPLANTAÇÃO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	28
2.2 GESTÃO DE RISCOS HOSPITALARES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID 19	36
2.3 PANDEMIA DA COVID 19: DESAFIOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	41
2.4 CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL DE IKUJIRO NONAKA E TAKEUCHI HIROTAKE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	47
3 METODOLOGIA	51
3.1 TIPO DE ESTUDO	51
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO	52
3.3 PARTICIPANTES	54
3.4 COLETA DE INFORMAÇÕES	55
3.4.1 Instrumento de coleta	56
3.4.2 Técnica	56
3.4.3 Procedimento de coleta	56
3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	58
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	61
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL	63
4.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS IDENTIFICADAS.....	63
4.2.1 Aquisição do Conhecimento	64
4.2.2 Produção do Conhecimento	66
4.2.3 Aplicação do Conhecimento	68
4.2.4 Compartilhamento do Conhecimento	71
4.2.5 Considerações sobre a GC	74
4.3 APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS	78
4.3.1 Artigo 1 - Práticas de gestores(as) para aquisição de conhecimento e da promoção da segurança do paciente em organizações hospitalares durante a pandemia de COVID 19	80
4.3.2 Artigo 2 - Práticas de gestoras no compartilhamento do conhecimento para a segurança do paciente hospitalizado durante a pandemia COVID 19	94

4.3.3 Artigo 3 - Produção e aplicação de conhecimento na promoção da segurança do paciente em hospitais: práticas de gestoras durante a pandemia da COVID 19	109
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	132
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	136
APÊNDICE C - Cronograma para coleta de informações	137
APÊNDICE D - Carta convite aos possíveis participantes da pesquisa	138
APÊNDICE E - Oportunidades de atualização para os profissionais de saúde.....	139
APÊNDICE F - Quadro de articulação das fases de gc com categorias evidenciadas e o ciclo do modelo SECI.....	140
ANEXO A – Parecer Consubstanciado Escola de Enfermagem.....	141
ANEXO B – RDC	144

APRESENTAÇÃO

A minha conclusão no curso de enfermagem se deu no ano de 1977, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Nesse mesmo ano ingressei no curso de especialização em Enfermagem sob a forma de Residência de Enfermagem Médico cirúrgica, uma modalidade de pós-graduação “lato sensu” com extensa carga horária. Entre o período de 1978 e 2007 realizei alguns cursos de especialização (Administração hospitalar, Saúde pública, Metodologia da Assistência de Enfermagem, Gestão de Sistemas de Saúde, Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde).

A minha trajetória profissional foi desenvolvida por quarenta anos no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS). Nesse mesmo período, atuei vinte e dois anos no Hospital Espanhol (HE) e dez anos no Serviço de Assistência Médica de Salvador (SAMES), sendo que esses períodos do SAMES e do HE foram paralelos ao período do HGRS.

Em 1979, prestei o primeiro concurso público do Estado da Bahia para área de saúde, obtive aprovação e fui alocada no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), quando tive a oportunidade de participar da organização e implantação do serviço de enfermagem. Quando lá cheguei, o hospital estava ainda em construção. Integrei a equipe de planejamento e organização de unidades de assistência, organizei e planejei e integrei o primeiro treinamento para auxiliares e atendentes de enfermagem. Realizei a admissão do primeiro paciente do hospital. Atuei nas áreas de assistência, ensino, educação continuada, ética em pesquisa e segurança do paciente, durante os 40 anos de minha trajetória. Fui Subgerente da Unidade de Atenção de Enfermagem por três gestões, além de atuar também na rede privada, em chefia de serviço de enfermagem, assistência e em educação continuada.

Além disso, atuei em unidades de internação por algum tempo e em seguida fui convidada para integrar o quadro de profissionais da unidade de emergência geral, onde permaneci por 12 anos. Finalizando esse período, fui designada para a área de educação continuada. Anos depois, fui convidada a assumir o cargo de Gerente da Subgerência da Unidade de Atenção de Enfermagem dessa instituição, que assumi por três gestões. Na primeira gestão tive a oportunidade de criar os grupos de estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Feridas e fundei um núcleo de estudos para a categoria da enfermagem. Fui responsável pela articulação do hospital com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e Escola de Enfermagem da UFBA no desenvolvimento da parceria para a implantação da Residência de Enfermagem na organização. Participei do planejamento junto a Escola de Enfermagem da UFBA, para a reformulação do programa de estágio, com a inserção

do estágio curricular supervisionado de enfermagem, onde a unidade em que atuava serviu de campo. Atuei na coordenação de estágios extracurriculares da organização e no processo de seleção desses junto a Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA) . Fui responsável pela área de estágios curriculares de enfermagem e de outras categorias profissionais, onde realizava a distribuição das diversas organizações para atuação nos diversos campos da unidade. Nesse período fiz parte da comissão de Ética em Pesquisa. Posteriormente, com a criação do Comitê de Ética em Pesquisa, fui designada pela diretoria para integrar o referido Comitê, onde atuo ainda, mesmo aposentada como membro e Vice coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição.

A minha aproximação com a segurança do paciente evidenciou-se bem antes do lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529/2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), quando da minha participação em alguns eventos sobre qualidade do cuidado na cidade de São Paulo, desde o ano 2000. Durante essa trajetória, sempre busquei e tive como objetivo a participação da comunidade, para inserção e participação nas atividades educativas e nos diversos eventos realizados para a qualificação do cuidado em saúde.

Seguindo-se, no ano de 2012, no HGRS criamos o Primeiro Comitê de Segurança do Paciente, envolvendo todas as categorias profissionais. Em seguida, no ano de 2013 oficializou-se a segurança do paciente como um Programa Nacional, pela ANVISA/Ministério da Saúde, com a Portaria Nº529/2013.. Nesse mesmo ano, criou-se o primeiro Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Estado da Bahia, no HGRS, sob a minha coordenação até o ano 2017, quando me desliguei da organização por aposentadoria. Durante esse período realizaram-se seminários, campanhas educativas, cursos, visitas técnicas às unidades, disponibilizou-se material educativo e orientações sobre a segurança do paciente, cartazes sobre os protocolos básicos, em todas as unidades, entre outras ações. Essa caminhada foi também pautada pela elaboração de trabalhos como relato de experiência, apresentados em eventos científicos.

No ano de 2013, participei da primeira turma de capacitação em segurança do paciente para profissionais de formação superior de toda rede da capital, organizada pela Escola Estadual de Saúde Pública Jorge Novis (EESP). Posteriormente, essa capacitação estendeu-se consolidando em várias turmas, envolvendo também turmas específicas para os auxiliares e técnicos de enfermagem. Em seguimento, no ano 2015 lançou-se a primeira turma do curso de Especialização Internacional em Qualidade e Segurança do Paciente, promovida pela FIOCRUZ, onde fui integrada, realizei o curso, que muito contribuiu para a minha qualificação

em segurança do paciente, e, conseqüentemente, fortalecendo a minha atuação nessa área de segurança do paciente, como suma abordagem para todos. A partir daí, participei de diversos eventos e atividades relativos à segurança do paciente, que muito contribuíram para a qualificação do processo do cuidado seguro ao indivíduo.

Na área de ensino atuei por dez anos na Faculdade Maria Milza (FAMAM), três anos na Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), três anos na Faculdade Adventista da Bahia (FADBA) e pouco mais de um ano na Faculdade Tomaz de Aquino com a disciplina Administração de Serviços de Enfermagem e Educação Continuada.

Na FAMAM, atuei como preceptora de estágio curricular supervisionado em Enfermagem, do ano 2011 a 2016, e fui docente no período de 2014 a 2018. Em 2013, iniciei a sensibilização para a coordenação do Curso de Enfermagem, quanto a importância da inserção das principais bases para a segurança do paciente, no currículo do curso. Estas sugestões foram aceitas e em 2014 fui solicitada para construção da ementa para o componente curricular segurança do paciente, que elaborei e o componente está sendo desenvolvido até a presente data. O componente desenvolveu atividades práticas no período de 2014 a 2017 tais como: feiras de segurança do paciente, seminários, visitas a núcleos de segurança do paciente de organizações do Recôncavo da Bahia, exposições, apoio na formação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), além de apoio aos já implantados. No ano de 2016, elaborou-se o relato de experiência intitulado: Enfermagem e Segurança do Paciente: uma experiência de ensino aprendizagem, apresentado no Congresso UFBA 70 anos, em 2015.

Ainda na FAMAM, em 2017, fui deslocada da sala de aula, para atender à solicitação da Coordenação do Curso de Enfermagem, e construir um projeto de Extensão na área de segurança do paciente. Elaborei e desenvolvi o projeto de extensão intitulado: ***Segurança do paciente: prioridade de ações para o cuidado em saúde***, operacionalizado com dez (10) acadêmicos, sendo oito (8) do curso de Enfermagem e dois (2) do curso de Odontologia. Durante esse período realizaram-se oficinas, seminários, cursos, visitas à coordenação de serviços e gestores de organizações de saúde, rodas de conversas, treinamento para a comunidade em reanimação cardiopulmonar. Integramos as campanhas da rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP), em municípios do Recôncavo da Bahia. Elaborou-se trabalhos na modalidade de relatos de experiência tais como: Criação do Núcleo da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente do Recôncavo da Bahia, Ficha de Avaliação Assistencial Odontológica: sob a luz da segurança do paciente – RDC N°36/2013, Segurança do Paciente: papel do paciente e família no seu cuidado em uma organização hospital Segurança do Paciente: sensibilizando para interface dos cursos da área de saúde, dentre outros.

Nas Faculdades FTC e FADBA, atuei na disciplina de Gestão em Saúde e em Enfermagem e também no acompanhamento a alunos no estágio curricular supervisionado de enfermagem, em unidades hospitalares, sendo que na FADBA incluiu-se também a disciplina de Educação Continuada. Quanto ao estágio curricular supervisionado em enfermagem, procurou-se enfatizar as diretrizes e objetivos da Portaria nº 529 e RDC nº 36/2013/ANVISA, fazendo diagnóstico situacional e elaborando planos de trabalho, de acordo com as prioridades de cada unidade, além da realização de rodas de conversas, seminários e reuniões semanais com alunos, e equipe operacional das unidades. Esse trabalho desenvolveu-se em articulação com as lideranças das unidades, Núcleos de Segurança do Paciente e de Educação Permanente. Por outro lado, na Faculdade Tomaz de Aquino, atuei ministrando o componente Gestão de Enfermagem e Saúde. Durante o período de atuação como docente tive a oportunidade de participar em bancas de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação, não somente da área de segurança do paciente, mas envolvendo outros segmentos na área da saúde.

Considero que a minha trajetória profissional foi permeada por contribuições na área assistencial e educacional da qual muito me orgulho. Entretanto, o meu contato com docentes e parceiros de trabalhos me instigou a continuar a caminhada e especialmente me direcionar para a pesquisa. Para tanto, iniciei uma aproximação com pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração de Serviços de Enfermagem (GEPASE), do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGENF) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) para inserção no Programa de Pós Graduação Stricto Sensu, vislumbrando minha realização do mestrado. Para alcançar esse desejo, precedendo a seleção do mestrado como aluno regular, cursei quatro componentes como aluna especial.

Em seguida, no ano de 2008 ingressei no programa de mestrado, como aluna regular, também na Escola de Enfermagem da UFBA. A minha dissertação intitulada ***“Educação permanente em Enfermagem: proposições de enfermeiras de uma organização hospitalar de ensino”***, teve como objetivo geral analisar as práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras de uma organização hospitalar de ensino, o que teve como principal resultado, uma proposta de educação permanente em enfermagem para a organização estudada.

Apesar do distanciamento entre o final do curso de mestrado e o início do curso do doutorado, verifica-se o significado de uma conexão com a Tese ora sendo desenvolvida e intitulada de ***” |Gestão do conhecimento para a segurança do paciente em contexto hospitalar durante a pandemia da COVID-19”***. Esta pesquisa está vinculada ao projeto matriz intitulado ***Gestão do Conhecimento estratégico e da segurança do paciente para o desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde***, integrado ao GEPASE, do Programa de Pós-

graduação em Enfermagem e Saúde (PPGENF) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).

O desenho da minha pesquisa oportuniza analisar as práticas de Gestão do Conhecimento de gestoras, para a segurança do paciente em contexto hospitalar durante a pandemia da COVID 19 e oferecer uma devolutiva aos campos de pesquisa, além do que, poderá ser considerado como um avanço para qualificação de profissionais que atuam na Gestão do Conhecimento e contribuir com o a produção do conhecimento científico na área de segurança do paciente, com orientações para criação do conhecimento, ressignificando os saberes existentes dos profissionais envolvidos no processo de cuidado no âmbito hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

A Gestão do Conhecimento (GC) é um conjunto de estratégias e metodologias empresariais que objetiva gerenciar o conhecimento individual do profissional na organização a fim de torná-lo conhecimento coletivo. Desta forma, envolve ações gerenciais constantes para promover condições para que informações corretas sejam acessíveis para todos os profissionais com a finalidade de torná-los eficientes e produtivos para um trabalho qualificado (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Dentre os serviços de saúde, as organizações hospitalares constituem-se como uma parte integrante do desenvolvimento do sistema de saúde. Visando a prevenção e redução dos danos reportados, para garantir a segurança do paciente no contexto hospitalar, conhecimentos estratégicos devem ser adquiridos, aplicados, produzidos e compartilhados amplamente no serviço com a participação integrada dos profissionais, usuários e família.

Importante destacar no âmbito do serviço hospitalar, o papel relevante dos seus profissionais que atuam diretamente na atenção ao paciente de forma contínua, no reconhecimento da necessidade de assegurar a saúde do paciente, identificando os elementos que podem colocar a vida deste em risco, sendo incumbidos por prevenir erros e eventos adversos (SILVA *et al.*, 2021). Assim, entende-se a necessidade dos profissionais estarem capacitados, atualizados, proativos e integrados em trabalho coletivo no serviço de enfermagem, cuja liderança participante, utilize ferramentas de gestão que contemplem adoção das práticas de aquisição, criação, aplicação e compartilhamento do conhecimento entre seus pares na organização de forma sistematizada, sendo estendida aos demais integrantes da equipe multidisciplinar (SAITO; FUKUNAGA, 2020).

Atualmente, com o avanço contínuo da ciência e da tecnologia, para responder aos inúmeros desafios que surgem no cotidiano do âmbito da saúde, principalmente no que concerne a segurança do paciente, os gestores em saúde apresentam um papel relevante na promoção de estratégias efetivas (WHO, 2020). Neste sentido, espera-se que práticas gerenciais sejam redirecionadas, inicialmente, para identificar lacunas e as fontes disponíveis de conhecimentos, a fim de suprir deficiências e ampliar a potencialidade individual e coletiva da equipe sobre medidas de prevenção de agravos e promoção da segurança do paciente.

Nessa perspectiva, em 2021 a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou a Segurança do Paciente (SP) como um dos atributos da qualidade do cuidado e, atualmente, é concebida como uma estrutura organizada de atividades que fomenta culturas, processos,

procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes no cuidado de saúde. Esses elementos contribuem para a redução de riscos e ocorrências de danos evitáveis, tornando os erros menos frequentes e gerando um impacto menor em volta do dano (WHO, 2021).

As práticas de Gestão do Conhecimento (GC) no âmbito da organização hospitalar e nos demais serviços de saúde sejam de natureza pública e/ou privada, não estão amplamente institucionalizadas. Porém, considerando a natureza do trabalho, do serviço prestado, dos recursos tecnológicos empregados, da diversidade de categorias profissionais e especialidades, torna-se imperativo que práticas cotidianas relacionadas à aquisição, criação, compartilhamento, armazenamento e aplicação do conhecimento, ainda que de forma aleatória e setorial, sejam empregadas (MACHADO *et al.*, 2019). Segundo Stewart (2002), o conhecimento supera o capital e o trabalho na geração de riqueza.

Nesse sentido, entende-se que a prática da GC, estrategicamente articulada e sistematizada, promoverá benefícios para o paciente, como a redução de agravos para a sua saúde, assim como, desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde pela melhoria do padrão de atendimento e qualificação do serviço, aperfeiçoamento dos profissionais e segurança de todos.

Cordeiro (2015) ressalta que as organizações precisam se mobilizar no sentido de ampliar esforços para que o conhecimento e a inovação de forma planejada sejam compartilhados estrategicamente como partícipe da política organizacional e ainda que a GC surgiu nos serviços de saúde a partir da necessidade de reduzir erros, de diminuir o retrabalho e de integrar o acesso de informações entre os funcionários de seus setores. Portanto, a GC é imprescindível para a prestação de cuidados de qualidade e para garantir a segurança do paciente e dos profissionais, principalmente no contexto hospitalar onde os avanços da ciência são contínuos em todos os níveis e onde há alta demanda de atendimento ao usuário.

Para que os objetivos da organização ou serviços possam ser alcançados, é importante a idealização de um planejamento estratégico, para haver eficiência e eficácia nos processos, pois existem desafios que precisam de efetivação de medidas para amenizá-los e para alcançar os objetivos e protocolos básicos (MATIAS-PEREIRA, 2020). Assim, um modelo de gestão do conhecimento é uma ferramenta de gestão cuja prática fará a diferença, não apenas para a segurança do paciente, mas também, para a qualidade do serviço de enfermagem, desenvolvimento dos profissionais, e da organização.

Importante sublinhar que as práticas gerenciais das enfermeiras gestoras ampliaram-se com o contexto pandêmico. Ao depararmos com a emergência de Saúde Pública,

declarada em janeiro de 2020, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), proveniente da doença denominada COVID 19, causada pelo vírus Sars-Cov-2, emergiram muitas situações adversas provenientes do conhecimento insípido da doença.

Durante o período da pandemia, os erros de saúde passaram de terceiro lugar para o primeiro nas causas de mortes nos Estados Unidos. Segundo a OMS, 2,6 milhões de mortes são causadas anualmente por eventos adversos nos países emergentes (IBSM, 2022). Em 2022, o Notivisa recebeu 16.543 notificações de eventos adversos do ciclo do sangue, sendo 97,65% referentes a reações transfusionais (n=16.154), 1,40% de incidentes graves sem reação transfusional (n=232) e 0,95% de quase-erros graves (n=157). Isso representa um aumento de 4,40% em relação ao mesmo período de 2021 (n= 15.845) (ANVISA, 2023). Na Bahia, foram notificados 991 eventos adversos entre janeiro e dezembro de 2022 (NOTIANVISA/BAHIA, 2022).

Nesse sentido, o que foi vivenciado pela autora emergiu da atuação dela, no contexto do Núcleo Rebraensp do Recôncavo da Bahia, onde foi possível desenvolver atividades educativas tais como palestras, *lives*, edição de vídeo motivacional, com medidas básicas para condução das atividades e apoio aos núcleos de segurança do paciente (NSP), virtualmente.

Dessa maneira, percebeu-se que o conhecimento quanto a segurança do paciente, não pode ser aplicado em sua plenitude, visto que alguns fatores constituíram interferência, tais como: as empresas que não disponibilizavam os EPI e equipamentos necessários ao atendimento do portadores de Sars Cov 2, a própria dificuldade na aquisição de insumos como máscaras, luvas, o tempo reduzido para apropriação da forma de atender ao portadores de Sars Cov 2, por parte das áreas prioritárias – CCIH, NSP, EP, Núcleo de epidemiologia e a gestão como um todo, além do nível emocional dos pacientes e profissionais.

Assim, os gestores buscaram um modelo de gestão hábil para o enfrentamento a pandemia da COVID 19, considerando a capacidade de enfrentar adversidades evidenciadas nesse enfrentamento (BRASIL, 2021). O plano de contingência direcionou a busca do conhecimento para a organização do processo de gestão requerido, assim como o desenvolvimento da capacitação para os profissionais. As contribuições provenientes do Ministério da Saúde foram implementadas, considerando as necessidades de organização das unidades e a capacitação dos profissionais. Discutiu-se e compartilharam-se os conteúdos dos instrumentos normativos apresentados entre os profissionais.

Como se tratava de uma doença desconhecida, essas instruções normativas sofreram muitas mudanças no decorrer do processo inicialmente, o que muitas vezes deixava o

profissional confuso com tantas informações. Nesse sentido, o contexto pandêmico exigiu habilidades, conhecimento e atitudes na tomada de decisão por parte dos gestores. Esses buscaram o conhecimento novo para assegurar o desenvolvimento do modelo de atenção criado, a partir da organização e estruturação das unidades hospitalares, e direcionamento para o processo de gestão de pessoas, com a seleção adequada e a capacitação de profissionais para as novas unidades. Portanto, a gestão hospitalar teve que se ajustar para o enfrentamento à pandemia, o que foi observado em algumas organizações e nesse processo houve fatores intervenientes, trazendo algumas dificuldades ao processo como citados anteriormente. Observaram-se também algumas facilidades no processo. Diante disso, novos saberes foram adquiridos e incorporados ao processo de gestão da assistência, como um todo. Como facilidades encontradas, podemos citar o interesse dos profissionais em adquirir conhecimentos específicos para esse cuidado e no próprio cuidado prestado, além da melhor articulação entre pares.

A minha aproximação com o tema vem de uma experiência profissional vasta como enfermeira, nas áreas de ensino, segurança do paciente, educação permanente/continuada e gestão de enfermagem hospitalar e por meio de pesquisa desenvolvida no GEPASE, me permitiu observar que as práticas de gestão do conhecimento, nem sempre apoiada pela direção organizacional, são desenvolvidas de forma individual, isolada e não institucionalizada. Destarte, não tem visibilidade como função gerencial sistemática em prol de objetivos predeterminados no planejamento estratégico da organização, principalmente no período do contexto pandêmico.

Face ao exposto, questionamos: Como as práticas de gestão do conhecimento sobre segurança do paciente foram identificadas e desenvolvidas por gestoras em contexto hospitalar durante a pandemia da COVID 19? Quais as práticas de gestão do conhecimento sobre segurança do paciente foram utilizadas por gestores(as) no contexto hospitalar durante a pandemia da COVID 19?

A fim de buscar respostas ao meu questionamento, foi realizada uma busca na literatura acerca dessa temática nas seguintes bases de dados: *PubMed*, *Medline*, *Cinahl*, *Lilacs*, *Scopus*, *Web of Science* e na Biblioteca Virtual de Saúde, sendo utilizadas combinações dos descritores: Gestão do Conhecimento, Segurança do Paciente, COVID 19 e Hospitais. Foram incluídos artigos originais e revisões em português, inglês e espanhol, sendo identificados cinco artigos que abordavam sobre as seguintes temáticas: GARZON-CHAVEZ et al., (2021) implementação de protocolos de reorganização hospitalar para atender pacientes com COVID 19; WALI et al., (2021) eventos adversos em pacientes

internados; OLSEN et al., (2020) implantação de protocolos básicos de segurança do paciente; MATUSCHEK et. al., (2020) experiências de organização hospitalar; LWIN et al., (2020) segurança dos pacientes. Entretanto, esses trabalhos não abordavam sobre as práticas de Gestão do Conhecimento relacionadas à promoção da segurança do paciente em organizações hospitalares durante o período da pandemia da COVID 19. A partir dessa busca, concluiu-se um diminuto referencial bibliográfico sobre o tema, o que evidencia uma lacuna na produção científica, ressaltando a relevância de estudar tal objeto.

Diante disso, a relevância desse estudo se justifica pelo conhecimento de práticas estratégicas que podem ser utilizadas pelas gestoras dos serviços para promover a segurança dos pacientes no contexto da pandemia. Além disso, poderá ser considerado como um avanço para qualificação de profissionais que atuam na gestão do conhecimento e contribuir com a produção do conhecimento científico na área de segurança do paciente, com orientações para criação do conhecimento, ressignificando os saberes existentes dos profissionais envolvidos no processo de cuidado no âmbito hospitalar. Esse avanço poderá ser vislumbrado com a apresentação de novas performances e novos métodos de cuidado.

Nesse sentido, este estudo tem por objetivo geral:

Analisar as práticas de gestão do conhecimento de gestoras em contexto hospitalar para a segurança do paciente durante a pandemia da COVID- 19.

Para a condução deste objetivo, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- descrever as práticas de gestoras para aquisição do conhecimento a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19;
- descrever as práticas de gestoras para criação do conhecimento a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19;
- compreender as práticas de gestoras para aplicação do conhecimento a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19;
- descrever as práticas de gestoras para o compartilhamento do conhecimento a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19.

Como pressupostos deste estudo, temos que:

- A prática estratégica de gestoras no serviço para aquisição de conhecimento a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da COVID 19 provém de organizações científicas, instituições de ensino e de instrumentos legais.
- A prática estratégica de gestoras para aplicação do conhecimento no serviço a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da COVID 19 engloba ações técnico assistenciais e gerenciais.
- As práticas estratégicas de gestoras para a criação do conhecimento no serviço em organizações hospitalares no contexto da COVID 19, envolvem a elaboração e atualização de tecnologias leves e duras para promover a segurança do paciente em organizações hospitalares.
- As práticas estratégicas de gestoras para o compartilhamento do conhecimento a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da COVID 19 são constituídas por redes de comunicação pessoal e institucional e hospitalares.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: DA CONCEPÇÃO A IMPLANTAÇÃO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

A história da segurança do paciente é uma narrativa complexa que abrange séculos de evolução médica, descobertas científicas e avanços tecnológicos. Desde os primórdios da medicina até os dias atuais, a busca incessante por assegurar a segurança e o bem-estar dos pacientes molda o panorama da assistência médica global. Esta exploração em profundidade percorrerá os marcos cruciais que delinearão a história da segurança do paciente, abrangendo diversas eras e contextos.

Os primeiros registros de cuidados de saúde podem ser traçados até as antigas civilizações, como o Egito e a Grécia, onde os primeiros médicos e curandeiros surgiram. No entanto, na falta de conhecimentos médicos e tecnologias avançadas, os tratamentos frequentemente envolviam práticas empíricas e supersticiosas, com pouca atenção à segurança do paciente. Durante o Renascimento, a exploração científica e anatômica floresceu, lançando as bases para uma compreensão mais profunda do corpo humano. No entanto, intervenções médicas ainda eram arriscadas e frequentemente resultavam em complicações ou morte (DEISTER CAMILA, 2021).

O século XIX testemunhou a influência transformadora de Florence Nightingale, uma pioneira da enfermagem moderna. Nightingale reconheceu a importância da higiene hospitalar, defendendo ambientes limpos e bem ventilados para prevenir infecções. Suas contribuições lançaram as bases para o foco contínuo na prevenção de infecções nos ambientes de saúde (SANTOS, 2017).

O século XX trouxe avanços médicos notáveis, como antibióticos e técnicas cirúrgicas inovadoras. No entanto, com procedimentos mais complexos, surgiram desafios como infecções hospitalares e erros médicos. A conscientização sobre a segurança do paciente aumentou, mas ainda havia um longo caminho a percorrer (ISMP, 2018).

Relatórios do Instituto de Medicina dos EUA, como "To Err is Human", revelaram que erros médicos eram uma causa significativa de morte. Esse despertar para os riscos associados aos cuidados de saúde desencadeou a busca por sistemas de saúde mais seguros e uma cultura de aprendizado com os erros. No início do século XXI, organizações como o Institute for Healthcare Improvement (IHI) lideraram iniciativas para melhorar a segurança do paciente (OMS, 2011).

Conforme Reason, a expressão erro compreende etapas sequenciadas envolvendo atividades mentais ou físicas, deslize em compreender o efeito que se espera atingir, condicionado a duas espécies de incorreções, tanto na execução da ação propriamente dita como nas ações de planejamento (PAES et al, 2020). Nessa perspectiva, o autor em questão preconizou um modelo para realizar análise de eventos adversos no âmbito da segurança do paciente intitulado *Teoria do Queijo Suíço*, associando às vulnerabilidades do sistema de saúde na composição da análise do queijo suíço, considerando diversas etapas que ocorrem para que o erro se concretize e apontando barreiras que podem ser exploradas para evitar o erro (ROCCO; GARRIDO, 2017).

Reason (2003) destaca a premissa de que “não se pode mudar a natureza humana”, porém, as condições em que os profissionais trabalham são possíveis de serem modificadas, a fim de minimizar e/ou eliminar a ocorrência de erros relacionados a assistência prestada. Com destaque para a melhoria da qualidade e segurança do paciente, gerenciamento e recursos humanos, gerenciamento do ambiente e segurança, gerenciamento da comunicação e informação, qualificação dos profissionais e educação dos profissionais e do paciente (WEGNER et al., 2016; SIMSEKLER; WARD; CLARKSON, 2018; KIM et al., 2020).

Assim, considera-se a segurança do paciente como uma das dimensões da qualidade do cuidado, não ignorando a existência de diversos bloqueios organizacionais, além de ter ciência que os indivíduos envolvidos no processo de cuidado também enfrentam entraves para efetivar um cuidado seguro ao indivíduo (GRABOIS; ROSA, 2019).

Desse modo, a cultura de segurança é um conjunto de atitudes, competências, valores e padrões de comportamentos, individuais e de grupos, que determinam o estilo, o compromisso a competência da administração de uma organização segura, necessitando adoção de estratégias que envolvam a capacitação de profissionais e realização de pesquisas (BARRADAS *et al.*, 2019).

Dessa forma, destacam-se como melhores práticas para a segurança do paciente a comunicação segura e a educação para pacientes e familiares, considerando-se a experiência e os resultados obtidos pelo paciente em seu processo de internação (BARROS; FELIX, 2019).

A OMS também passou a destacar a importância dos sistemas de saúde seguros em todo o mundo, enfatizando a colaboração internacional. Os protocolos básicos internacionais de segurança do paciente são diretrizes estabelecidas por organizações de saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), que visam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, prevenir riscos e minimizar erros relacionados à assistência médica.

Essas protocolos básicos são desenvolvidas para serem aplicadas globalmente, visando promover a segurança e a qualidade dos serviços de saúde em todos os países. Um exemplo notável de protocolos básicos internacionais de segurança do paciente é o "Desafio Global para a Segurança do Paciente" lançado pela OMS em 2005. Esse desafio foi estabelecido com o propósito de reduzir significativamente os danos evitáveis associados aos cuidados de saúde até 2020.

Dentro do âmbito desse desafio, a OMS desenvolveu protocolos básicos específicas de segurança do paciente, conhecidas como "Protocolos básicos Internacionais para a Segurança do Paciente". Essas protocolos básicos abrangem diversas áreas de risco e fornecem orientações claras para os sistemas de saúde implementarem estratégias de prevenção. Algumas dessas protocolos básicos incluem: Identificação correta do paciente: garantir que os pacientes sejam identificados corretamente, seja por meio de pulseiras de identificação, verificação de dados pessoais ou outros métodos, para evitar erros associados à identidade. Melhoria na comunicação entre profissionais de saúde: promover uma comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde, incluindo a troca de informações críticas de maneira clara e compreensível, a fim de evitar mal-entendidos que possam resultar em erros (OPAS, 2018).

Uso seguro de medicamentos: Reduzir os riscos associados ao uso de medicamentos, incluindo a prescrição correta, administração adequada, monitoramento dos efeitos e educação dos pacientes. Cirurgia segura: garantir que os procedimentos cirúrgicos sejam realizados com segurança, envolvendo a identificação do paciente, marcação do local da cirurgia e verificação dos equipamentos antes do procedimento. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde: implementar medidas rigorosas para prevenir infecções hospitalares, incluindo higienização das mãos, utilização adequada de equipamentos de proteção e práticas de assepsia.

Redução de riscos de quedas: identificar e minimizar os fatores de risco que contribuem para quedas de pacientes em ambientes de saúde, especialmente aqueles que são mais vulneráveis (BOPSIN, 2019).

Essas protocolos básicos visam abordar áreas críticas de risco nos sistemas de saúde e fornecer diretrizes claras para melhorar a segurança do paciente. Muitos países adotaram essas protocolos básicos e as incorporaram em suas estratégias nacionais de segurança do paciente, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de saúde em todo o mundo.

A trajetória da segurança do paciente no Brasil é um percurso marcado por desafios, avanços e transformações significativas ao longo das décadas. Desde a conscientização

inicial sobre a importância da prevenção de infecções hospitalares até a adoção de estratégias abrangentes de promoção da segurança, o país tem passado por um processo contínuo de evolução nos cuidados de saúde. Essa trajetória da segurança do paciente no Brasil ganhou impulso na década de 1990, com um foco inicial na conscientização sobre infecções hospitalares. Nesse período, tornou-se evidente que a qualidade da assistência médica estava comprometida pela incidência dessas infecções, muitas vezes relacionadas a práticas inadequadas de higiene e controle de infecções (BRASIL, 2011).

Nos anos 2000, houve um esforço mais concentrado em abordar as infecções hospitalares. O Ministério da Saúde implementou programas específicos para monitorar, controlar e prevenir essas infecções em hospitais e unidades de saúde em todo o país. Protocolos de higiene hospitalar, práticas de esterilização e medidas de controle de infecções começaram a ser mais amplamente adotados.

No ano 2008 criou-se a Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP), idealizada por iniciativa de enfermeiras docentes e pesquisadoras engajadas com a temática, na cidade de São Paulo, tendo sido realizado a primeira reunião em 14 de maio de 2008, e essa rede pode ser composta por enfermeiros e enfermeiras, além de outros profissionais da área de saúde, visando fortalecer o desenvolvimento de ações para a segurança do paciente.

A estratégia dessa rede é de promover articulação e cooperação técnica entre as instituições direta e indiretamente ligada a saúde e educação de profissionais em saúde, visando fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade.

A classificação foi sistematizada em uma conformação que enfatiza a identificação, a prevenção, a detecção e a redução do risco, assim como a restauração do incidente e a superação do sistema. Nesse sentido, a OMS teve como propósito idealizar um estilo de linguagem no sentido de oportunizar o debate e a investigação científica (OMS, 2011). Elencou-se 149 termos e 296 definições variadas; catalogadas 16 definições para erros, 14 para eventos adversos e 5 para eventos adversos referentes e específicos ao processo de medicação (MENDES, 2019).

Nos anos 2010, o Brasil intensificou seus esforços na promoção de uma cultura de segurança e no aprendizado contínuo em todas as instituições de saúde. A conscientização sobre a importância da notificação de eventos adversos e erros médicos aumentou, incentivando a transparência e a análise desses incidentes para evitar recorrências. Houve uma maior adoção de protocolos e diretrizes baseados em evidências para abordar riscos específicos à segurança do paciente. Isso incluiu a padronização de procedimentos, a utilização de checklist pré-cirúrgico, a promoção da higiene das mãos e a prevenção de

quedas. A colaboração entre instituições de saúde, profissionais, gestores e órgãos regulatórios tornou-se mais efetiva na busca por melhores práticas de segurança do paciente. O monitoramento constante das taxas de infecção, eventos adversos e erros médicos têm auxiliado na identificação de áreas que necessitam de melhorias.

Uma das primeiras iniciativas sobre a segurança do paciente no Brasil, consolidou-se com a RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de funcionamento para os Serviços de Saúde. Essa RDC possibilitou o conhecimento das medidas de boas práticas para efetivação do processo de segurança do paciente nas organizações de saúde.

Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS), continua no propósito de idealizar ações de melhoria para o alcance do principal objetivo, que se traduz no desenvolvimento do cuidado seguro ao indivíduo, conforme apresenta o Quadro 1.

Quadro 1 - Destaque de 3 das 13 Áreas de Ação do Programa Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde – OMS.

Área de Ação	Descrição da Ação
9	Gestão do conhecimento - reúne e compartilha conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente.
10	Ações para eliminar infecção da corrente sanguínea associada a cateter central - prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.
11	Educação para o Cuidado Seguro - utilização de guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente.

Fonte: WHO, 2011.

Assim, diante do lançamento das “*Treze Áreas de Ação do Programa Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde - OMS*”, observa-se o avanço no processo, e pode ser verificado a importância da gestão do conhecimento como uma dessas áreas, que inclusive busca a reunião e o compartilhamento de conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente. Outra área em destaque nessa publicação é a educação para o cuidado seguro, com a utilização de guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente. Além dessas, destacam-se as ações para eliminar infecção da corrente sanguínea associada a um cateter como a prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.

Um marco significativo na trajetória da segurança do paciente no Brasil ocorreu em 2013, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Essa resolução representou um passo fundamental para a promoção de uma cultura de segurança nos serviços de saúde do país.

O PNSP estabeleceu diretrizes, princípios e estratégias para a implementação de ações que visam garantir a segurança do paciente em todas as etapas do cuidado de saúde. Isso incluiu ações como a identificação correta dos pacientes, prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, cirurgia segura, uso adequado de medicamentos e melhoria na comunicação entre os profissionais de saúde.

Nesse sentido, esforços devem ser viabilizados por gestoras no sentido de normatizar a efetivação de um Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para melhor direcionamento em melhorias para o processo de cuidado, bem como o fortalecimento de ações educativas para os profissionais da organização. Assim, o conhecimento sobre o processo de cuidado com o paciente durante a assistência à saúde é o primeiro passo por melhorias nos serviços de saúde, pois informações precisas contribuem para a segurança do cuidado, fortalecendo a cultura, aprimorando o modelo de gestão nas organizações de saúde, bem como evidencia a responsabilidade da segurança do paciente como de todos (BEVILAQUA, 2021).

Em seguimento, por meio das Portarias nº 1377 de 9 de julho de 2013 a Portaria nº 2095 do mesmo ano aprovaram respectivamente os protocolos básicos: Prática de Higiene das Mãos, Cirurgia Segura e Prevenção de Lesões por Pressão, Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, Identificação do Paciente e Prevenção de Quedas.

Diante dos obstáculos vivenciados pelos serviços de saúde quanto ao cumprimento dos prazos estabelecidos pela RDC nº 36/2013 para efetivação das diretrizes do PNSP, tais como a criação do NSP, Notificação de eventos adversos, elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP), observa-se uma lacuna, uma vez que ainda existem organizações hospitalares que mesmo sendo de caráter obrigatório, que não possuem NSP instalados. Após avaliação e análise dessa situação, o MS/ANVISA deliberou a RDC nº 53 no mesmo ano, no intuito de possibilitar nova oportunidade com novos prazos, para que esses serviços pudessem conciliar esses ajustes.

Com isso ampliaram-se os prazos para efetivação dessas ações, no entanto, algumas organizações de saúde ainda não implementaram as ações do programa, de certo por conta de estruturas inadequadas, aspectos relativos às finanças, além da sensibilização e

capacitação para os profissionais. Salientamos que a primeira capacitação oportunizada em segurança do paciente para os profissionais das organizações públicas de saúde se deu por conta da parceria estabelecida entre Brasil e Portugal com uma especialização internacional sobre a qualidade do cuidado e segurança do paciente. Esse curso ocorreu um ano após a publicação da RDC nº 36/2013 da ANVISA. A resolução deve ser contemplada no âmbito de todo país.

No ano seguinte, 2014, criou-se o Documento de Referência para o PNSP com o objetivo de especificar as linhas estratégicas para o cuidado seguro em saúde. Esse documento contempla os atributos dos cuidados de saúde, os desafios do programa e os quatro eixos do PNSP. O eixo 1 denominado O estímulo a uma prática assistencial segura, envolvendo protocolos, planos, criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), sistema de notificação de incidentes, sistema de notificação de eventos adversos no Brasil; o Eixo 2 “Envolvimento do cidadão na sua segurança”; Eixo 3 “Inclusão do tema segurança do paciente na educação permanente”, na Pós-graduação e Graduação em Saúde e o Eixo 4 Incremento da Pesquisa em segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, esforços devem ser viabilizados por gestoras no sentido de normatizar a efetivação do PNSP para melhor direcionamento em melhorias para o processo de cuidado, bem como o fortalecimento de ações educativas para os profissionais da organização. Assim, o conhecimento sobre o processo de cuidado com o paciente durante a assistência à saúde é o primeiro passo por melhorias nos serviços de saúde, pois informações precisas contribuem para a segurança do cuidado, fortalecendo a cultura, aprimorando o modelo de gestão nas organizações de saúde, bem como evidencia a responsabilidade da segurança do paciente como de todos (BEVILAQUA, 2021).

Para fortalecer o processo de criação dos NSP, em 2017 publicou-se a Portaria nº 774, de 13 de abril de 2017, definindo normas para o cadastramento dos núcleos de segurança do paciente no cadastro nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em 2017, a OMS considerando o alto risco de danos relacionados ao uso de medicamentos, lançou o terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente denominado “Medicação sem Danos” (em inglês, *Medication Without Harm*). Esse desafio teve a de reduzir em 50% os danos graves e evitáveis ligado a medicamentos, por cinco anos, a partir do desenvolvimento de sistemas de saúde mais seguros e eficientes, contemplando as etapas do processo de medicação: prescrição, distribuição, administração, monitoramento e utilização (ISMP, 2018).

Ainda no ano 2017, o conselho Nacional de Saúde (CNS) apresenta a Resolução N° 569 que dispõe sobre aspectos para formação dos profissionais de saúde, reafirmando os propósitos às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de todos os cursos de graduação em saúde

Deste modo, o empenho das gestoras dos serviços de saúde é de fundamental importância para a concretização das ações e o sucesso do programa, com a implementação dos protocolos básicos de segurança do paciente, aprovados sob a forma legislativa de Portarias. Nesse contexto, o Ministério da Saúde por meio da ANVISA construiu e apresentou para a coletividade, uma série de documentos específicos sobre segurança do paciente, constituindo uma estratégia valiosa para direcionamento de processos educativos dos profissionais, e para a efetivação da prática segura.

Em continuidade, a OMS avança no processo da segurança do paciente, e em 2019 consolidou um plano de ação global, intitulado “*Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*”, visando incluir a participação de todos os países, ofertando subsídios para o direcionamento, promoção e garantia da segurança do paciente. O plano traz como princípios norteadores para maior segurança dos pacientes: políticas para eliminar eventos adversos evitáveis, sistemas altamente confiáveis, segurança dos processos clínicos, engajamento de pacientes e familiares, educação e segurança dos profissionais de saúde, informação, pesquisa e gerenciamento de risco, sinergia, parceria e solidariedade (OMS, 2019).

Assim, com as estratégias evidenciadas nesse plano, cada país deve construir, de acordo com sua realidade e prioridades, um plano específico para efetivação das medidas de segurança para o paciente em todos os níveis de atenção à saúde.

Vale ressaltar que a adoção das medidas de segurança do paciente cresce a cada dia em outros países, a exemplo do Canadá, que lançou uma nova estratégia em outubro de 2021, com o Plano 2021-2026 intitulado *Moldando o Futuro da Qualidade e Segurança Juntos*. Essa estratégia de cinco anos, tem como base a integração e contribuição de todas as províncias e territórios, buscando o significado da excelência em saúde para as pessoas, as questões que mais importam e como esse plano pode ajudar para o avanço da segurança do paciente no país (HEALTHCARE EXCELLENCE CANADA, 2022).

Embora tenha havido avanços notáveis na trajetória da segurança do paciente no mundo e no Brasil, ainda existem desafios a serem superados. A implementação consistente das diretrizes do PNSP em todas as instituições de saúde, a conscientização dos profissionais de

saúde sobre a importância da segurança do paciente e a melhoria contínua dos sistemas de notificação de eventos adversos são algumas das áreas que demandam atenção contínua.

A trajetória da segurança do paciente no Brasil é um testemunho do compromisso do país em melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Desde os esforços iniciais para a trajetória da segurança do paciente no Brasil é um testemunho do compromisso do país em melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Desde os esforços iniciais para combater infecções hospitalares até a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, o Brasil tem buscado promover uma cultura de segurança, prevenindo eventos adversos e garantindo a integridade e o bem-estar dos pacientes em todas as etapas de seu tratamento médico. A trajetória continua, com a esperança de que os avanços alcançados até agora possam servir como base para um futuro ainda mais seguro e eficaz na assistência à saúde.

2.2 GESTÃO DE RISCOS HOSPITALARES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID 19

O gerenciamento de risco é conceituado como um sistema capaz de identificar, investigar, analisar e corrigir inadequações, a fim de minimizar ou eliminar riscos às pessoas (paciente, familiares, acompanhantes, colaboradores, terceiros), ao ambiente e ao patrimônio das organizações (FELIX. G. T. 2023).

O *Canadian Safety Institute*, no ano 2008, divulgou o documento intitulado *The Safety Competencies: enhancing Patient profession Across the Health professions*, o qual apresenta as competências para a segurança do paciente, sobre seis domínios. Dentre os domínios do marco canadense das competências para a segurança do paciente, destaca-se o gerenciar os riscos de segurança (GERHARTD; LIMA JUNIOR, 2019).

Assim, esse domínio sinaliza sobre a importância do aprendizado e a capacitação dos profissionais sobre a SP sua responsabilidade em minimizar a incidência e o impacto de eventos adversos, utilizando-se de técnicas corretas. Portanto, é importante a investigação sobre os fatores que contribuíram para aquela ocorrência, e não para quem foi o responsável pela ocorrência (GERHARTD; JUNIOR, 2019).

Nesse sentido, destaca a melhoria da qualidade e segurança do paciente, gerenciamento e recursos humanos, gerenciamento do ambiente e segurança, gerenciamento da comunicação e informação, qualificação dos profissionais e educação dos profissionais e do paciente (WEGNER et al., 2016; SIMSEKLER; WARD; CLARKSON, 2018; KIM et al., 2020)

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente – *International Classification for Patient Safety (ICPS)*,

com o objetivo de permitir a categorização de informações sobre segurança do paciente de forma padronizada, conforme as definições de conceitos, termos preferenciais e as relações entre eles, e contém as percepções internacionais sobre os principais problemas relacionados à segurança do paciente, facilitando a comparação, medição, análise e interpretação de informações para melhorar os cuidados e qualificar a segurança nas Organizações de saúde (OMS, 2020).

Quanto aos riscos, esses podem ser definidos como a probabilidade de ocorrência de um incidente, afetando a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade de inserção da organização (BAIA, 2019). Desse modo, os cuidados de saúde constituem complexidade tanto no nível do paciente que é cuidado, assim como a relação existente entre as unidades de clínicas, hospitais e outras organizações de saúde (SANTOS, TORELLY; BAIA, 2019).

Assim, a ideia da classificação Internacional da Segurança do Paciente foi definir conceitos e classificações acordadas ao redor do globo a fim de melhorar a segurança do paciente internacionalmente, sendo estruturado através dos 7 pilares a seguir: identificação e definição dos conceitos-chave sobre Segurança do Paciente; organização dos conceitos de Segurança do Paciente em categorias significativas e úteis; linguística e culturalmente apropriada; aplicação em todos os setores de cuidado à saúde e em todos os países; comparação entre os dados referentes à Segurança do Paciente; abordagem baseada no sistema; conformidade com os princípios que regem outros membros do *World Health Organization Family of International Classifications* (OMS, 2021).

Nessa perspectiva, Reason (2003) destaca a premissa de que “não se pode mudar a natureza humana”, porém, as condições em que os profissionais trabalham são possíveis de serem modificadas, a fim de minimizar e/ou eliminar a ocorrência de erros relacionados a assistência prestada. Com destaque para a melhoria da qualidade e segurança do paciente, gerenciamento e recursos humanos, gerenciamento do ambiente e segurança, gerenciamento da comunicação e informação, qualificação dos profissionais e educação dos profissionais e do paciente (WEGNER et al., 2016; SIMSEKLER; WARD; CLARKSON, 2018; KIM et al., 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que os eventos adversos, como ocorrências imprevistas, indesejáveis ou potencialmente perigosas na instituição de saúde, representam ainda hoje um problema de saúde pública e, portanto, são um dos maiores desafios globais da Saúde (BAUER et al., 2019).

A segurança do paciente é um dos desafios de saúde mais prementes, que está no domínio da gestão de risco clínico, sendo um dos principais elementos da governança clínica.

Em outras palavras, além de recursos de detecção de erro ou falha, estabelecer um eficaz gerenciamento de risco clínico depende da institucionalização da cultura de relatar erros/falhas baseada na confiança. Reduzir a probabilidade de riscos em hospitais é muito importante para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados em saúde, efetivo relacionamento entre os profissionais de saúde e os pacientes, satisfação do paciente e para limitar queixas sobre erros médicos e cuidados de enfermagem (FELIX G. T., 2023).

A atenção hospitalar foi regulamentada no Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Brasileira Federal (CBF) de 1988 e durante 30 anos, documentos federais legislaram a respeito desse componente estrutural, quando em 2013, a Portaria nº 3.390 instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), com diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo o perfil assistencial orientado pela demografia e epidemiologia do território (BORSATO; CARVALHO, 2020).

De acordo com os mesmos autores, considera-se como complexa a estrutura hospitalar, devendo essa, incorporar avanços na área do conhecimento e segurança do paciente, assim como nas instalações, equipamentos e tecnologias, que possam atender aos requisitos para um cuidado seguro ao usuário e aos profissionais que atuam na organização (CARVALHO; BORSATO, 2020). Para tanto, torna-se necessário planejamento, organização e direção para o adequado funcionamento. Desse modo, é importante a adoção de processos bem definidos e coerentes com o modelo de gestão adotada.

As organizações hospitalares constituem-se como parte integrante do desenvolvimento do sistema de saúde, atualmente, derivado do avanço contínuo da ciência e da tecnologia, os gestores em saúde e os clínicos apresentam um papel primordial na promoção de estratégias efetivas para responder aos inúmeros desafios que surgem no cotidiano no âmbito da saúde (WHO, 2020).

Assim, os erros, as práticas inseguras e os custos associados, não agregam valor para a consolidação do processo de notificação dos eventos adversos. Aliando-se a isso, tem responsabilidade dos Sistemas de Saúde e instituições formadoras em criar mecanismos, desenvolver tecnologias, inovações e difundir os resultados de pesquisas para contribuir e prevenir que o erro e os eventos adversos atinjam usuários, familiares, trabalhadores da saúde. (REIS; PEIXOTO, 2021).

A pandemia causada pelo Coronavírus evidenciou uma crise de saúde inédita no mundo, o que tornou ainda mais necessário um bom planejamento por parte de seus gestores para o enfrentamento dessa situação, considerando que o panorama da SP mudou tratando-se de uma

doença desconhecida, onde os profissionais tiveram que adquirir conhecimentos e criar uma nova forma de cuidar diante da complexidade dos pacientes (SANCHEZ, 2020).

Assim, esse período pandêmico, requer a efetivação de um planejamento direcionado para a qualidade do cuidado e ações de melhoria são capazes de contribuir para o enfrentamento às ameaças que impactam as organizações de saúde e as populações atendidas, com foco no envolvimento e capacitação das lideranças para esse contexto (FRANCISCATO *et al.*, 2020). O papel da enfermagem no cuidado a pessoas doentes ou com suspeita de infecção por COVID 19 é ressaltado em termos da necessária competência técnica e humana para o cuidado ágil e seguro (DAVID *et al.*, 2021).

Dessa forma, os indicadores são um modo de gerar informações que subsidiam a criação de diretrizes ou dispositivos para a elaboração de políticas públicas de saúde e, então, melhorar a gestão e a atenção oferecida.

Nesse sentido, a *Joint Commission* (2019) destaca que a gestão de riscos em saúde, integra as atividades clínicas e administrativas, exercidas no processo de identificação, avaliação e análise, para a redução quanto ao risco de lesões ou perdas em pacientes, equipe assistencial, visitantes e a organização como um todo (BOPSIN, 2019). Desse modo, o contínuo processo de avaliação do cuidado em saúde, quando feito de forma efetiva, é primordial para a promoção da segurança do paciente em uma organização de saúde, e algumas variáveis relacionadas ao cuidado, interferem na realidade de cada uma delas (PETERLINI; PEREIRA, 2008; FELIX. G. T, 2023).

Portanto, a filosofia de base da assistência, o grau de complexidade do cuidado, as particularidades de cada paciente, a qualificação dos profissionais, a estrutura física e organizacional e a existência ou não, de um núcleo de educação permanente e de segurança do paciente atuantes na organização, constituem interferência nesse processo (PETERLINI; PEREIRA, 2008; BAUER *et al.*, 2019).

Assim, as atividades desenvolvidas pela enfermagem são fontes permanentes de inovação, além do emprego de mão de obra especializada e geram impacto direto na base da produtividade organizacional (DUMET; CORDEIRO, 2018).

A experiência do aprendizado com as indústrias de alto risco como a aviação e energia nuclear têm sido um atributo do movimento de segurança do paciente a partir dos anos 90, uma prática adotada por tais indústrias e quando um acidente grave ocorre é utilizado a análise de causa raiz (ACR) (BAUER *et al.*, 2019).

Considerando outras experiências com a análise de causa raiz, a vivência e o aprendizado com as indústrias de alto risco, como aviação e energia nuclear constitui uma

condição para a dinâmica no movimento de segurança do paciente a partir dos anos 90, uma prática adotada por essas indústrias quando um acidente grave ocorre, é a utilização da análise de causa raiz (ACR) (BAUER *et al.*, 2019).

Portanto, para a análise de causa raiz existem ferramentas da qualidade que são adotadas para analisar incidentes relativos à segurança do paciente, denominadas de análises prospectivas, tais como o *Health-care Failure Mode and Effect Analysis* (HFMEA), ou seja, aplicadas antes da ocorrência dos incidentes, para identificar possíveis falhas e aplicar ações corretivas preventivas. A ACR é uma metodologia retrospectiva, ou seja, aplicada após a ocorrência dos incidentes, a fim de identificar as causas dos incidentes ou acidentes e propor estratégias para que não ocorram novamente (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Desse modo considera-se como de fundamental importância o perfil e o grau de envolvimento de cada pessoa no processo, não deixando de considerar que em vigência de eventos adversos, também deve ser apreciado o bem-estar, a integridade ou a vida, e que o erro não deixaria de ocorrer mesmo adotando as tecnologias mais modernas (PETERLINI; PEREIRA, 2008; BAUER *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o enfermeiro desempenha um papel de importância fundamental no processo de gestão, centrando foco em aspectos educativos, técnico-assistenciais e gerenciais, todos esses voltados para prestação de um cuidado seguro ao indivíduo, na perspectiva de promover um cuidado seguro com adoção de medidas para qualificação do cuidado por meio da efetivação dos protocolos básicos de segurança do paciente (REIS *et al.*, 2019).

Reis e colaboradores (2019) referem alguns aspectos sinalizados pelos enfermeiros como dificultantes no processo de gestão, e dentre eles destacam-se insuficiência de pessoal e de apoio da alta gestão, pouca adesão dos profissionais quanto à assistência, como a dificuldade na efetivação da cultura de segurança; a qual requer investimentos na área de educação continuada/permanente, para qualificação dos profissionais. Portanto, para uma gestão de eficaz, torna-se imprescindível promover a sensibilização e envolvimento da alta gestão no sentido de garantir um cuidado seguro.

Assim, para que esse processo ocorra de forma eficiente, o apoio da alta gestão é de importância fundamental, visto que essa dispõe de domínio gerencial para tal, e dentre os aspectos relevantes destaca-se o entendimento dessa, principalmente quanto a importância do núcleo de segurança do paciente (NSP) na organização, para promoção do cuidado seguro, onde o mesmo tem papel significativo na qualificação dos profissionais e no desenvolvimento de práticas seguras em organizações de saúde, além da responsabilidade pela análise e tratamento dos eventos adversos (BOPSIN, 2019). Desse modo, entende-se que o melhor desempenho de

uma organização pode estar associado à prática de gestão do conhecimento, em função da possibilidade de melhores retornos e respostas vivenciados (MACHADO, et. al, 2020).

Desse modo, a pandemia da COVID 19 trouxe mudanças significativas quanto ao processo da gestão de riscos na esfera hospitalar, visto haver o desconhecimento da doença e como tratá-la, e conseqüentemente uma necessidade importante no sentido de buscar saberes para adequar um novo processo de cuidado para os pacientes acometidos pela doença e profissionais da equipe de assistência, assim como a reestruturação de processos, pessoal e ambiente físico (DAVID LEAL *et al.*, 2021).

Nesse sentido, enfrentou-se muitos desafios para a garantia da segurança do paciente, no entanto, foi de importância fundamental a expertise dos gestores para efetivação em curto espaço de tempo dos processos requeridos para o enfrentamento a pandemia da COVID 19, a atuação dos NSP, do núcleo de epidemiologia (NEP), da comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH). Além da construção de planos de contingência para cenários pandêmicos. (MACHADO et al., 2020).

2.3 PANDEMIA DA COVID 19: DESAFIOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR

A COVID 19 é caracterizada por uma infecção respiratória aguda causada pelo Coronavírus Sars-Cov-2, vírus que apresenta elevada transmissibilidade. No final de 2019, a China, na cidade de Wuhan, foi marcada pelo surto de pneumonia grave de causa desconhecida e depois denominada pelo Vírus da *Severe Acute Respiratory Syndrome*. Vírus patogênico de proliferação rápida que afetou a saúde da população global com manifestações predominantemente respiratórias ocasionando inúmeros casos de mortes. No que se refere a transmissão, esta ocorre entre humanos por meio de contato das mãos e materiais não higienizados e gotículas oriundas de pacientes infectados. Os sintomas clínicos são caracterizados por febre, tosse, dor de garganta, perda de olfato, dispneia, sintomas gastrointestinais (SOUZA, 2021).

Devido as altas taxas de infecção e mortalidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, declarou emergência em saúde pública de importância Internacional (OPA, 2020). Em face dessa informação e frente a ampla disseminação da doença em pouco espaço de tempo, que estava causando danos no aparelho respiratório e óbitos, principalmente em idosos, gestantes, nefropatas e imunodeprimidos, em 11 de Março 2020 a COVID 19 é caracterizada pela OMS como uma pandemia. Ao mesmo tempo, no Brasil, já tinha confirmado o primeiro caso da doença na capital de São Paulo em 26 de fevereiro.

Diante da crise de saúde pública global e do temor do colapso do sistema de saúde, o Ministério da Saúde implementou medidas sanitárias coletivas para controle rápido da enfermidade e redução da letalidade, tais como: distanciamento social, uso de máscara, fechamento das escolas, parques e shopping, abertura apenas dos serviços essenciais. O sistema de saúde local se reorganizou para abertura de novos leitos para pacientes infectados com o vírus, principalmente unidade de terapia intensiva, contratação e capacitação de novos funcionários para laborar na linha de frente, houve uma corrida na compra de insumos essenciais, ventiladores e EPIs (BRASIL, 2020).

Segundo a OMS, a COVID 19 é uma doença respiratória aguda grave (SRAG) maléfica ocasionada pelo coronavírus. No que tange sua moléstia, a maioria das infecções foi assintomática ou desenvolveu manifestações clínicas leves e a minoria manifestou a forma mais grave da doença, necessitando atenção hospitalar, podendo chegar aos cuidados intensivos. Logo, os fatores de riscos relacionados à gravidade sobrepõem à idade avançada, doenças prévias, tais como: obesidade, diabetes, hipertensão, nefropatia, etc; antecipando a evolução dos sintomas para o prognóstico ruim (OPA, 2020).

Nesse cenário de pânico pela doença desconhecida e sua gravidade, medo da morte, e o luto, acarretou uma resistência dos pacientes infectados pela covid em buscar o serviço de emergência, pois imaginavam estar próximo da morte e quando atendido muitos se encontravam em estágio avançado da doença necessitando de cuidados intensivos imediato seguido de intubação orotraqueal. As complicações mais frequentes foram: pneumonia grave, tromboembolismo pulmonar, acidente vascular cerebral, lesão cardíaca, insuficiência renal aguda com indicação de diálise contínua e intermitente e insuficiência hepática (CAMPOS et al., 2020).

Diante desse quadro clínico, pacientes necessitaram de longa permanência hospitalar, muitos de alta médica com *home care* para continuidade do tratamento com equipe multidisciplinar devido mobilidade motora comprometida, padrão respiratório ineficaz, fraqueza neuromuscular, uso prolongado de terapia medicamentosa intravenosa, estresse pós-traumático e síndrome do pânico.

Frente esse cenário pandêmico de incertezas, foram registrados diversos eventos adversos com os pacientes. Segundo a Organização mundial da saúde (OMS), evento adverso é caracterizado como incidente que causam danos não intencionais consequentes da assistência e não relacionado ao diagnóstico médico no qual levou a internação. Arelado a esse contexto, vivemos frente um desafio global que é uma assistência segura sem danos ou redução

minimamente aceitável, do risco desnecessário associado ao cuidado de saúde (RUNCIMAN et al., 2009).

Conforme relatório da OMS em setembro de 2019, cerca de 50% dos eventos adversos que ocorreram no planeta Terra eram evitáveis. Logo, a pandemia acabou por enfraquecer a segurança do paciente, os quantitativos de danos aos pacientes eclodiram consideravelmente por ser uma doença pouco conhecida, com muitas dúvidas relativas à sua evolução, medidas de controle e tratamentos (BRASIL, 2022).

Frente ao crescimento desgovernado do número de infectados pelo SARS-COV-2, houve uma necessidade constante de adequação dos serviços de saúde, tais como ampliação e disponibilização de leitos para atendimento COVID 19, sobretudo as UTIs. Além disso, houve ampliação do dimensionamento de pessoal com contratação em massa de funcionários, principalmente sem experiência, antecipação da formação dos profissionais de saúde. Somado a isso, ocorreu a realocação de pessoal para novas funções e locais para atuar na linha de frente dos pacientes infectados por COVID 19. Associado a isso, houve busca na compra de oxigênio, ventiladores mecânicos, equipamentos de EPIs, medicamentos essenciais para manutenção da vida, sedativos entre outros (PESSOA et al., 2022).

A mobilização e esforços da equipe saúde de modo a garantir uma assistência segura sem danos era visível, entretanto diante da gravidade do quadro clínico, danos assistenciais foram inevitáveis, assim como os evitáveis pioraram, tais como redução da prevenção de infecções associada a ventilação mecânica e infecção de corrente sanguínea, erros na administração de medicações e dificuldade de leitura da prescrição médica (PESSOA et al., 2022).

A pandemia causada pelo SARS-COV-2, trouxe prejuízos e relevantes desafios para o sistema de saúde mundial. Independentemente de estarem relacionadas ao comprometimento do aparelho respiratório, as pesquisas têm mostrado os diversos impactos da doença em outros sistemas do organismo na forma mais grave, sobretudo, em pacientes com doenças crônicas e idosos.

Dessa forma, a atenção à saúde aos pacientes principalmente com doenças crônicas foi impactada pela redução da oferta de determinados serviços ligados ao sistema de saúde, devido a necessidade de disponibilizar atendimentos aos pacientes suspeitos e infectados com covid. Além disso, devido ao temor de serem infectados pelo SARS-CoV-2, os pacientes com doenças crônicas não utilizavam os serviços quando necessário, não somente, a dificuldade de aquisição aos medicamentos de uso contínuo, acesso às consultas e procedimentos eletivos, deixando-os

de tal maneira, ainda mais vulneráveis à descompensação da doença e a infecção pela covid da forma mais grave (BORGES et al., 2020).

Frente a esse cenário, com objetivo de evitar danos aos pacientes, como também dar celeridade à prestação do serviço, contribuindo para redução do contato físico e custo para locomoção do paciente até a unidade de saúde, utilizou-se o teleatendimento de caráter excepcional como uma opção para continuidade do atendimento à população. Esta modalidade foi regulamentada pela Lei 13989 de Abril 2020, entretanto, apesar da facilidade do acesso aos serviços, não há dúvidas sobre a fragilidade do vínculo entre os profissionais de saúde e pacientes, além da inviabilidade do exame físico (UESUGI et al., 2021).

Logo, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, juntamente com a fragilidade na aquisição de medicações para controle da doença, causaram um prejuízo na qualidade de vida dos doentes. Estes, estavam mais vulneráveis aos vírus da covid e descontrola da doença, sendo necessário requererem serviço hospitalar principalmente a unidade de terapia intensiva no estágio avançado da doença, ocasionando complicações, principalmente aos pacientes portadores de hipertensão, cardiopatia, diabetes, asma e nefropatias (BORGES et al., 2020).

Segundo Gomes et al., (2022), pacientes de alto risco cardiovascular com idade acima de 65 anos, internados na unidade de terapia intensiva de COVID apresentaram número maior de mortalidade, sobretudo os pacientes com troponina elevada, marcador de injúria do miocárdio. Assim como, pacientes que necessitaram de ventilação mecânica têm maior probabilidade de expressar marcadores inflamatórios elevados, comprometimento pulmonar em grande área, disfunção de múltiplos órgãos e maior mortalidade hospitalar.

Cabe destacar que os sobreviventes da COVID à forma mais grave da doença tem estresse pós-traumático e dificuldade de retornar atividade laboral. Estudo mostra incapacidade de locomoção carecendo da ajuda de um profissional capacitado para reabilitação; um ano após infecção com covid tem alta prevalência de ansiedade, depressão, labilidade de humor. Os estudos também mostraram que um em cada quatro pacientes intubados demandaram de reinternamento no período dos 12 meses subsequentes ao internamento (ROSA, 2023).

Não há dúvida sobre a importância dos profissionais de saúde, bem como a relevância do papel na sua prática assistencial com esforços, dedicação e compromissos com a saúde da população seja individual ou coletiva. Entretanto, em face ao cenário atípico causado pela pandemia da COVID 19, decretada em março de 2020 os profissionais ficaram inseguros e psicologicamente abalados frente a incerteza sobre a nova doença. (PINHEIRO et al., 2020).

Destarte, um redesenho assistencial foi crucial para controle da doença e redução de óbitos com a necessidade de implementação de diversas medidas nos sistemas de saúde visando

a proteção aos trabalhadores que atuavam na linha de frente do atendimento ao paciente infectado pelo vírus da COVID 19, disponibilizando também EPIs para uso permanente, assim como treinamento antecipado quanto a paramentação e desparamentação. Entretanto, percebendo a fragilidade no manuseio do uso dos EPIs e risco de se contaminarem, medidas de qualificação para equipe foram implementadas in locus e séries de vídeo aulas online, como também, manejo com ventiladores e técnica de intubação com intuito de evitar a proliferação do vírus entre as equipes (MACHADO et al., 2020).

Para o enfrentamento da SARS-COV-2 os profissionais da saúde necessitaram de treinamentos contínuos para melhoria da assistência, através da implantação de novos protocolos, cursos, minicursos, workshop, aula de capacitação online ou presenciais relacionados ao manejo junto paciente confirmado ou caso suspeito de COVID 19, através da plataforma do Ministério da saúde (MS), Sistema Único de Saúde (SUS), Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), Hospitais Federais, entre outros, visando capacitar de modo adequado a maior taxa de pessoal específico em pouco tempo, afim de assegurar uma assistência de qualidade e segura (COSTA et al., 2020).

Todavia, os profissionais estavam em pânico pela grande exposição ao vírus com risco de se contaminarem e conseqüentemente familiares, entes queridos, sobretudo os idosos. Logo, o estresse contaminou toda equipe e o sentimento negativo afetaram a saúde dos trabalhadores pela falta de conhecimento da doença, sobrecarga de trabalho com desgaste físico e mental, dimensionamento de pessoal reduzido pelo afastamento dos funcionários vulneráveis a doença e atestado médicos.

Os profissionais de saúde lidam continuamente com situações de estresse no intuito de tomada de decisões assertivas proteção da vida e saúde do padecente. Associado a esse contexto, diversos aspectos psíquicos geram sentimentos negativos aos profissionais pela gravidade do quadro clínico do paciente, proximidade da morte, angústia dos familiares pela ausência de informações, medo de adoecer, como também falta de insumos básicos, tais como luva, máscara, capas. Outro ponto crítico foi a ausência de estrutura física sem local para descanso dos profissionais de enfermagem sendo necessário o monitoramento do conselho e divulgação das condições de trabalho da categoria (SOUZA; SOUZA, 2020).

Por se tratar de uma patologia nova, com taxas elevadas de infectados e óbitos, justificam o pânico da equipe assim como insegurança. De acordo a OMS, até o dia 22 de outubro de 2020, haviam sido confirmados 41.104.946 casos e 1.128,325 óbitos em todo o mundo. Para a Região das Américas, os dados revelam o total de 19.040.071 casos confirmados e 613.399 mortes. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, até a citada data, foram

confirmados 5.323.630 casos e um total de 155.900 mortes. Portanto, os dados do Ministério da Saúde de agosto de 2020 mostram que, desde o início da pandemia, morreram 226 profissionais de saúde, dentre as mortes as categorias mais afetadas foram os técnicos e auxiliares de enfermagem (38,5%), médicos (21,7%) e enfermeiros (10,7%) (BRASIL, 2020)

Nesse contexto, a enfermagem atuou diretamente no cuidado ofertado aos pacientes com suspeita ou infecção por covid. Essa alta exposição ao patógeno ocasionou grande letalidade a categoria, pela ausência de conhecimento da doença, déficit de pessoal capacitado para treinamento contínuo assim como, supervisionar e orientar o cuidado prestado. Além disso, a falta de orientação para uso de equipamento de proteção individual aos profissionais na adoção aos cuidados prestados aos pacientes com suspeita ou infectado pelo coronavírus como também a fragilidade nas medidas de precaução implementadas para contenção do vírus (MARQUES et al., 2020).

Considerando essa crise sanitária de saúde pública, foi necessário um olhar organizado, crítico dos gestores de saúde para adaptação do contexto atual em todas as áreas com objetivo de atender rapidamente as demandas, reestruturando o modo de trabalho, como também, estrutura física e ampliação de leitos. Dentro desse contexto conturbado e inseguro, os gestores foram desafiados a gerenciar processos na garantia do atendimento, manutenção de insumos e equipamentos essenciais, bem como o controle do pânico das equipes sobre a doença, mostrando ferramentas e fazendo com que cada profissional entendesse a relevância da sua prática assistencial (GRABOIS, 2020).

Desse modo, o dimensionamento de pessoal foi um dos desafios encontrados pelas gestoras, por causa do aumento do número de casos de covid profissionais de saúde infectados, sobretudo a equipe de enfermagem e ainda com decreto municipal de acordo orientação do Ministério da Saúde, afastando-o da atividade laboral muitos profissionais de saúde portadores de comorbidades prévias, gestantes e idosos acima de 60 anos pela vulnerabilidade da doença de forma grave. Iniciativa que compromete a oferta de serviços e sobrecarrega a equipe pela redução do número de trabalhadores disponíveis para escala (CIRINO et al., 2021). Período desafiador para os gestores de saúde, pois o mundo vivia numa escassez de profissionais não só pela doença como também pela abertura de hospitais de campanha. (RODRIGUES et al., LASELVA, 2020).

2.4 CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL DE IKUJIRO NONAKA E TAKEUCHI HIROTAKA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A teoria da criação do conhecimento organizacional é proposta por dois japoneses, Ikujiro Nonaka e Hirotaka Takeuchi. Ambos são professores de renomadas universidades e teóricos organizacionais sendo pioneiros nos estudos da Gestão do conhecimento. De acordo com esses autores, o conhecimento tanto está relacionado à experiência física, a tentativa e erro, quanto à geração de modelos mentais e ao aprendizado com os outros. Essa teoria proposta por Nonaka e Takeuchi apresenta duas dimensões em sua estrutura conceitual, a epistemológica e ontológica. Na primeira, afirma-se que o conhecimento é desenvolvido por meio de uma reflexão que a pessoa faz sobre o conhecimento produzido por si, suas etapas de desenvolvimento, limites e aplicabilidade. Já a segunda dimensão, refere ao conhecimento criado pelos indivíduos, sendo que sem as pessoas o conhecimento não pode ser criado dentro da organização (NONAKA e TAKEUCHI, 1997).

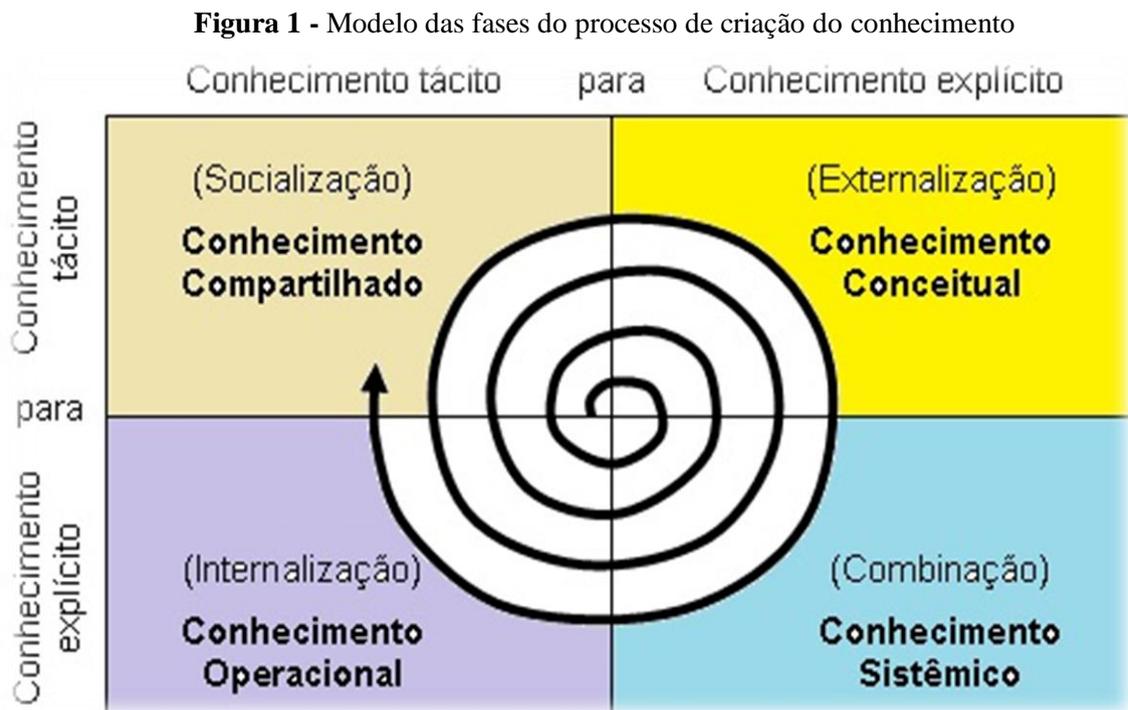
Ainda se destaca a classificação dos conhecimentos dessa teoria como tácito e explícito (SABINO, 2019). O conhecimento tácito (CT) é do tipo procedural, específico de um determinado contexto, difícil de ser formulado e comunicado, mas é fortemente incorporado pela experiência de um indivíduo e não passa pela formalização de palavras. Assim, essa transmissão desse conhecimento ocorre pela socialização, com a interação física, observação e também pela imitação (SANTOS; VARVAKIS, 2020).

Os mesmos autores sinalizam para o conhecimento explícito como o conhecimento que possibilita a um indivíduo aquisição de saberes relacionados a determinados fatos, mas não lhe permite agir. Pode ser descritivo ou narrativo, tomando por referência o relacionamento humano (NONAKA e TAKEUCHI, 1997).

Desse modo, os conhecimentos tácitos e explícitos, podem ser incorporados. Conhecimento pode ser incorporado formalmente por meio de uma iniciativa de gestão para padronizar uma rotina em uma organização, ou informalmente quando se utiliza e aplica os outros dois tipos de conhecimento. Esse tipo de conhecimento se revela por meio de regras, códigos de conduta (compliance), ética, processos, manuais, cultura e rotinas organizacionais, produtos, artefatos ou estruturas (SANTOS; VARVAKIS, 2020).

Para os pioneiros nos estudos da Gestão do conhecimento organizacional, existem quatro formas de conversão do conhecimento, são elas: socialização, externalização, combinação e internalização. A primeira se refere ao compartilhamento de experiências pelo trabalhador. A segunda está relacionada ao diálogo estabelecido por duas pessoas ou mais, sendo fundamental para a criação do conhecimento, pois permite compreender algo pela

imaginação e metáforas. Já a terceira é o processo sistematiza os conceitos é um conhecimento e permite a sua reconfiguração, podendo gerar novos conhecimentos. A última conversão é o conhecimento de forma prática, permitindo mudanças nas práticas. Todas essas etapas de conversão abordadas interagem entre si na criação do conhecimento (NONAKA e TAKEUCHI, 1997). Essas etapas são ilustradas na figura abaixo:



Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997, p.96)

Além dos pressupostos abordados, é essencial destacar ainda os três Modelos Gerenciais do Conhecimento, que são: *Top-down*, *Bottom-up* e *Middle-up-down*. No primeiro modelo, os conceitos discutidos anteriormente, são elaborados pela cúpula da empresa, no segundo pelos indivíduos empreendedores e no último pelo grupo de trabalho. Conforme o modelo de gerenciamento do conhecimento, os criadores do conhecimento podem se encaixar em três grupos, o dos funcionários que estão na linha de frente, os gerentes e os altos executivos (NONAKA e TAKEUCHI, 1997).

Dessa forma, a gestão do conhecimento (GC) constitui um conjunto de atividades para alcançar um objetivo e tem como componentes pessoas definidas, processos claros e resultados. O resultado é uma consequência do trabalho realizado pelas pessoas, com o processo de aprendizagem, que ocorre no decorrer do próprio trabalho que estamos executando. Assim a GC tem como foco principal o resultado proveniente do trabalho de um grupo de pessoas, e precisa ter processos claros e pessoas definidas que se identificam com aquela área e apresenta

expertise no assunto. Um dos principais objetivos da GC é agregar e ofertar de forma clara e objetiva os conhecimentos de uma empresa, de modo que esses conhecimentos possibilitem os clientes e usuários a resolutividade de seus impedimentos e o alcance de seus objetivos. Exemplos de Cases de sucesso em GC são: Banco do Brasil, Serviço Federal de Processamento de Dados, Embrapa, Petrobras, Caixa Econômica Federal (SANTOS; VARVAKIS, 2020).

Nesse sentido, a gestão do conhecimento (GC) constitui em uma estratégia que pode contribuir para desenvolvimento e efetivação da Segurança do paciente (SP) em organizações de saúde, uma vez que integra o desenvolvimento de atividades que agregam estratégias para produção, retenção, compartilhamento, ou aplicação do conhecimento nas organizações e na relação destas com o mundo do trabalho. A definição das pessoas e dos processos para desenvolvimento da GC realizada em parceria com a equipe, é de extrema importância para o melhor alcance dos resultados da organização. Desse modo, a GC possibilita novos horizontes para o avanço na organização e na qualidade do cuidado ao usuário.

Como resultados efetivos da GC, verifica-se a melhoria das operações, alto nível de serviços, satisfação do cliente, além da garantia da efetividade e consistência (SBGC, 2020).

Asian Productivity Organization (APO) enfatiza que os processos de gestão do conhecimento organizacional (GCO) envolvem cinco passos (APO, 2009). Assim, o processo de GCO é direcionado por cinco: identificar, criar, armazenar, aplicar e compartilhar

A identificação do diagnóstico de necessidades para o desenvolvimento das competências essenciais, constitui a fase de importância fundamental, pois a partir dessa o processo se apresentará coerente com a realidade da organização, visto que as lacunas quanto a organização é detectada nessa fase. Dessa forma essa fase deve ser bem criteriosa para o êxito do processo. (SANTOS; VARVAKIS, 2020).

Seguindo, a fase de criação do conhecimento onde ele é gerado compreende a organização do conhecimento em novas formas, contribuição de informações relevantes e ensites, acerca da aplicação de conhecimentos existentes em novos contextos. Esse processo faz com que as lacunas de conhecimento sejam eliminadas e pode ser realizado em nível individual, por equipe e nível organizacional. Portanto, a criação do conhecimento da organização desenvolve-se de várias maneiras, utilizando-se o desenvolvimento interno do conhecimento, adaptando o uso do conhecimento existente partindo para e /ou adquirido, em outras bases além da rede de informações (SANTOS; VARVAKIS, 2020). Nesse contexto, (SAITO E FUKUNAGA, 2020) enfatiza que a criação do conhecimento constitui o processo central da estratégia de inovação e que essa trata da obtenção de conhecimentos interno e externo, além do desenvolvimento do conhecimento

A terceira fase, armazenamento do conhecimento, constitui a possibilidade de acesso e movimentação do conhecimento. Essa ação captura o conhecimento existente e estrutura o mesmo para composição de repositórios. Desse modo, essa ação pode propiciar a constituição de uma verdadeira memória organizacional. (SANTOS; VARVAKIS, 2020). A memória organizacional é considerada como um sistema capaz de armazenar determinados elementos percebidos experimentados ou vivenciados além da duração da situação atual, de forma que possa ser recuperado em situações futuras (LEHNER; MAHR, 2020).

Partindo para a quarta fase, o compartilhamento do conhecimento essa ocorre por meio da socialização do conhecimento no contexto da organização, procurando inserir e envolver. Essa fase também é denominada por alguns autores como transferência de conhecimento, onde é compartilhado o conhecimento concebido por meio dos processos de disseminação e compartilhamento (SAITO E FUKUNAGA, 2020). Busca promover a aprendizagem de forma contínua, visando o alcance dos objetivos da organização. Essa cultura fará o compartilhamento, sendo proveniente da confiança e benefício mútuo entre as pessoas e contribui para facilitar o processo, envolve a tecnologia como meio. Assim, se as pessoas não estiverem motivadas, não ocorre o compartilhamento (SANTOS; VARVAKIS, 2020).

Finalizando o processo, parte-se para aplicação do conhecimento que considera o conhecimento em ação ou atividade e quer focar sobre a aplicação pelas pessoas e pela organização, nas práticas cotidianas. Assim, o conhecimento existente na organização é utilizado e reutilizado e a agregação do valor somente é notória quando os produtos e a prestação dos serviços são melhorados (SANTOS; VARVAKIS, 2020).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Essa escolha se justifica em face do objeto central do estudo que se propõe desvelar os significados das práticas de gestão do conhecimento de gestoras, para segurança do paciente em contexto hospitalar durante a pandemia da COVID 19, respeitando as complexidades, riquezas e profundidade das dimensões que escapam às expressões numéricas (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Esta pesquisa é um recorte do projeto matriz intitulado *Gestão do Conhecimento estratégico e da segurança do paciente para o desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde*, integrado ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração de Serviços de Enfermagem (GEPASE), do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGENF) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Para descrição do estudo seguiu-se seguiu os critérios de qualidade e transparência em pesquisa qualitativa em conformidade como o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007; SOUZA, MARZIALE, SILVA, NASCIMENTO, 2021).

No que tange ao estudo qualitativo, este é mais adequado ao estudo, pois permite analisar as subjetividades do indivíduo. São indicados nos casos em que se pretende pesquisar significados e interpretações que os indivíduos atribuem, documentos, falas, crenças, percepções, culturas, interações, grupos sociais, ideias e fatos experiências vivenciadas (MINAYO; COSTA, 2019).

As pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos (GIL, 2021).

O estudo exploratório permite investigar os procedimentos sistemáticos, adequando o instrumento a realidade que se pretende estudar, visto que explora o conhecimento acerca de um determinado problema. Essa fase exploratória da pesquisa consiste na produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para a entrada em campo. E esclarece que esse é o momento em que se define e delimita o objeto, para desenvolvê-lo teórica e metodologicamente (MINAYO; COSTA, 2019). Não obstante, esse tipo de estudo possibilita a elucidação de conceitos ainda não muito

conhecidos na perspectiva de promover a aproximação do pesquisador ao objeto de estudo, visando um entendimento mais adequado do fenômeno e como ele acontece no processo de coleta de dados contexto ou cenário (GIL, 2021).

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário da pesquisa trata do ambiente onde foi conduzida a pesquisa, ou seja, são as unidades integrantes do estudo. Deste modo, para esse estudo participaram oito organizações hospitalares, sendo uma do âmbito federal, duas no municipal, quatro estaduais e uma parceria público privada, com pequeno, médio e grande porte, sendo uma delas acreditada em nível três e duas certificadas para ensino pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Dentre essas, destacam-se duas organizações de ensino e seis de alta complexidade, com três gerais de grande porte e uma geral especializada.

O tempo de funcionamento dessas organizações variou entre quatro e cento e quatro anos. Elas possuem serviços de controle de infecção, núcleos de educação permanente, segurança do paciente, gerência e coordenação de enfermagem, coordenações de ensino e pesquisa e residência multiprofissional, farmácia e núcleo de qualidade, o que se considerou como requisitos importantes para a escolha e participação dessas no referido estudo.

As organizações foram escolhidas para o estudo por serem serviços de grande porte, envolvendo média e alta complexidade (50 a 710 leitos), com perfil de urgência e emergência, terapia intensiva para pacientes adultos, pediátricos e neonatais, com atendimento a patologias diversas, servindo de referência para doenças infecciosas e parasitárias, hanseníase, neurocirurgia, cirurgia cardíaca e neonatal, hemorragia digestiva, obstetrícia e neonatologia de alto risco, além de possuírem serviço de apoio e diagnóstico terapêutico por imagem (SADT), com realização de exames de complexidade.

Assim, considerando as escolhas por possuírem atributos organizativos fundamentais, com suporte para educação permanente, segurança do paciente, controle de infecção hospitalar e sobretudo, por produzirem ações voltadas para o desenvolvimento de profissionais com foco multidisciplinar. Além de desenvolverem atividades de ensino e pesquisa. Cabe salientar, que as áreas integrantes dos cenários funcionam em horário administrativo tendo em seus quadros, profissionais de saúde, estagiários, e agentes administrativos.

Quanto ao NSP, participaram oito profissionais sendo sete enfermeiras e uma médica. Essa área possui em sua composição uma média de duas enfermeiras três técnicos de enfermagem, apoio administrativo e estagiários, e está ligado diretamente a diretoria geral como órgão de assessoria. Desenvolvem atividades de promoção a segurança do paciente tais como: campanhas, palestras, eventos científicos, rodas de conversa, treinamentos relativos aos protocolos de segurança do paciente, incentivo e acompanhamento ao controle e notificação de eventos adversos, acompanhamento de protocolos de segurança do paciente nas unidades, plano de segurança do paciente e sobre a cultura de segurança na organização.

Em relação às áreas de educação permanente, foram seis enfermeiras e uma nutricionista. Essas áreas tinham em sua composição, profissionais de apoio administrativo e dois estagiários em média. Dentre as ações desenvolvidas a área, realiza treinamentos, cursos, roda de conversa, treinamentos a beira leito, eventos em datas comemorativas e de acordo com a necessidade de cada setor, utiliza de redes sociais e ainda realiza atividades de forma online. O serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) desenvolve ações educativas, faz campanhas educativas, treinamentos in loco e em sala de aula, mostra de vídeos, auditorias em unidades, rodas de conversa e eventos científicos, além de busca ativa e acompanhamento de técnicas nas unidades, como controle de cateter venoso, sonda vesical, dentre outras.

Quanto às comissões de ensino e pesquisa, foram duas enfermeiras e duas fisioterapeutas. Dentre as atividades destacam-se o processo para liberação de pesquisas, protocolo de liberação e acompanhamento aos pesquisadores, assim como orientação sobre devolutiva do estudo a organização, além do desenvolvimento de atividades educativas para estudantes e pesquisadores conforme planejamento trimestral elaborado e a depender da necessidade evidente.

Com relação à área de gestão da enfermagem foram quatro profissionais enfermeiras. As gerências possuíam em suas equipes supervisoras de área, assessoria, enfermeiros de referência, em algumas delas acoplavam o serviço próprio de educação continuada e programas de melhorias na qualidade do cuidado. Contam com apoio de profissionais administrativos e de residentes de enfermagem no processo de cuidar. Dentre as atividades desenvolve reuniões com a equipe operacional, rodas de conversa, orientação in loco, eventos em datas comemorativas, coordena processos de construção de documentos do serviço tais como protocolos, normas, rotinas, regimento, manuais entre outras e avaliação de desempenho dos profissionais da equipe.

Quanto à área de farmácia, foram duas farmacêuticas que em seus processos de trabalho atuam na farmácia clínica, desenvolvem orientações quanto ao processo de preparo e cuidados com medicamentos de alto risco, faz controle de entorpecentes, organiza e controla os medicamentos do carro de urgência, orienta sobre a utilização de novos antibióticos e apoia o desenvolvimento da meta sobre segurança medicamentosa.

A diretora-geral de uma das organizações integrantes do estudo, é enfermeira, e anteriormente exerceu a função de diretora de enfermagem, por doze anos. Conta com apoio de uma secretária e uma funcionária de apoio administrativo além da assessoria dos núcleos de educação permanente e de segurança do paciente, principalmente para direcionar os processos que visam a qualificação e capacitação dos profissionais, além dos processos de qualificação do cuidado ao indivíduo e aos profissionais da de saúde.

3.3 PARTICIPANTES

Participantes de um estudo são pessoas que de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s) responsável (is) legal (is) aceitam ser pesquisados. A participação desses deve ser de forma gratuita, ressalvadas as pesquisas clínicas de fase 1 ou bioequivalência (Resolução nº 466/2012/CNS).

Incluiu-se no estudo gestoras com o mínimo de seis meses de atuação no cargo de coordenação, vice coordenação ou chefia do serviço e que estivesse atuando desde o início da pandemia (2020) até o surgimento da vacina (2021). Participaram do estudo trinta gestores, com formação acadêmica nas áreas de enfermagem (24), nutrição (1), farmácia (2), fisioterapia, (2) e medicina (1), tendo esses, qualificação profissional para atuação do cargo nas áreas, além de cursos de especialização, mestrado (10), especialização (15), aperfeiçoamento profissional (01) e doutorado (03), lotados nas áreas de núcleo de segurança do paciente (NSP), educação permanente (EP), farmácia, gerência e coordenação de enfermagem, serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH), coordenação de ensino e pesquisa, e diretoria geral.

A idade dos participantes variou entre vinte seis e cinquenta e oito anos, o período de atuação na organização entre 1986 e 2020. Em relação à qualificação profissional, verificou-se que quinze deles possuem curso de especialização, dez mestrado e três com doutorado. Além da qualificação referida, verificou-se que os participantes possuíam curso de aperfeiçoamento profissional e dentre esses quatorze referiram ter qualificação específica para o cargo ocupado. O período de permanência no cargo de gestora, variou

entre sete e doze meses. A média de tempode atuação nessas organizações foi de seis anos.

Dentre os participantes, doze deles possuem outro vínculo de trabalho além das organizações pesquisadas e dezoito deles não possuem. Quanto a idade do profissional e o tempo de atuação na organização verifica-se que a maturidade profissional e o conhecimento sobre a missão e visão da organização, diretrizes, fluxos, normas, rotinas, protocolos, agrega valor ao novo processo de cuidado e aos novos colaboradores, fortalecendo o processo da tecnologia do cuidado e inovações. Com isso pode-se verificar alguns fatores facilitadores para promoção da segurança do paciente.

Excluiu-se do estudo as gestoras afastadas das atividades por motivo de férias, licença prêmio, licença médica e outros afastamentos no período de procedimento da coleta.

Haja vista que 25 das profissionais entrevistadas são do sexo feminino, será utilizado ao longo do trabalho o termo “Gestoras”.

3.4 COLETA DE INFORMAÇÕES

A coleta de informações corresponde ao momento em de aplicados das técnicas e os instrumentos previamente elaborados e selecionadas para a realização da pesquisa de campo (MINAYO; COSTA, 2019). Precedendo o processo de coleta das informações, iniciou-se a aproximação com o campo solicitou-se a anuência das organizações, por meio do envio de ofício acompanhado do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e do arquivo do projeto proposto, à organização. Após o recebimento da anuência realizou-se o cadastro do projeto na Plataforma Brasil, para envio e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A partir da emissão do Parecer pelo CEP, fez-se contato com a organização por meio da comissão de ensino e pesquisa e apresentou-se o referido Parecer a essa comissão, e essa forneceu os nomes e contatos das gestoras das áreas requeridas para realização da pesquisa

A coleta de informações deu-se após o cumprimento de três etapas: solicitação às organizações de saúde para o desenvolvimento da pesquisa; submissão ao Comitê de Ética; e aceite dos(as) participantes. Neste momento da pesquisa, aplicou-se técnicas e instrumentos previamente testados para a aquisição das informações que serviram como objeto de análise.

O estudo foi realizado no Estado da Bahia, no período de junho de 2022 a fevereiro de 2023, sendo as entrevistas realizadas pela própria autora.

3.4.1 Instrumento de coleta

Para a coleta das informações utilizou-se de um roteiro adaptado do projeto matriz. Trata-se de questões norteadoras para realização da entrevista, buscando identificar a forma como gestoras adquirem, aplicam, produzem e compartilham o conhecimento necessário para o funcionamento do serviço/unidade que gerencia. A primeira parte do instrumento consta de informações sobre a caracterização da organização. A segunda parte de informações do participante da pesquisa e a terceira parte consta da questão norteadora da pesquisa (APÊNDICE A).

3.4.2 Técnica

Para efetivar o processo da coleta das informações, nesse estudo adotou-se a técnica de entrevista semiestruturada para realização das entrevistas. Desse modo, fez-se a opção por utilizar a plataforma Google Meet para o procedimento com participantes que optaram pela realização da entrevista de forma on-line.

A entrevista semiestruturada é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas, mediante conversação, obtenha informações a respeito de determinado assunto. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de informações, ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (LAKATOS; MARCONI, 2021).

Na opinião de Gil (2021) a entrevista exige uma série de cuidados em seu processo tais como a definição da forma como será procedida, da especificidade, quantificação da entrevista e a seleção dos informantes.

Portanto, a técnica de entrevista semiestruturada apresenta como vantagens, maior flexibilidade na obtenção das informações, oferece melhores oportunidades para avaliação de atitudes e condutas, melhor poder de observação do entrevistado, repetição da pergunta, além de obter informações mais precisas e garantia de compreensão pelo entrevistado. Como desvantagens poderá ocorrer dificuldade de expressão por ambas as partes, influência do entrevistador e o entrevistado pode reter dados importantes (LAKATOS; MARCONI, 2021).

3.4.3 Procedimento de coleta

As entrevistas foram realizadas pela própria autora no período de junho de 2022 a

fevereiro de 2023, após realização da testagem do instrumento de coleta. As informações foram coletadas em ambiente de trabalho, quando presencial e no âmbito residencial quando de forma virtual. No momento da coleta garantiu-se a privacidade do participante, permanecendo no local da entrevista apenas o participante e o pesquisador.

Para efetivação da coleta das informações fez-se inicialmente contato com os (as) possíveis participantes do estudo por meio de contato de telefone e presencialmente na unidade, convidando-os para participar da pesquisa. Posteriormente enviou-se uma carta convite acompanhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o formulário da pesquisa.

Em seguida, realizou-se os agendamentos para as entrevistas com os que sinalizaram interesse em participar. O agendamento das entrevistas foi realizado de forma presencial, por contato de whatsapp e telefone. Para as entrevistas realizadas presencialmente, a pesquisadora deslocou-se de sua residência para o local agendado e fez-se em ambiente separadamente, seminterferência de outros profissionais. Explicou-se o procedimento da entrevista, sobre o protocolo da mesma, objetivos, riscos e benefícios, e a conduta a ser adotada na vigência de um dano ao participante. Além de deixar claro sobre o direito desses, em desistir da pesquisa em qualquer momento.

Realizou-se a entrevista de forma virtual e presencial, considerando a preferência do participante. Quando presencial, obedeceu-se às normas sanitárias preconizadas quanto ao período pandêmico. Para as entrevistas realizadas de forma virtual, utilizou-se a plataforma *Google Meet*. Essas entrevistas foram gravadas após a autorização do participante da pesquisa, transcritas e posteriormente devolvidas ao participante para conhecimento do conteúdo descrito e realizar possíveis correções e validação.

Quanto as entrevistas realizadas de forma virtual, gerou-se um link na plataforma Google Meet e já em posse da documentação da pesquisa, foram realizadas. Para efetivação dessas entrevistas contou-se com algumas dificuldades por impedimentos do participante por conta dedemandas geradas pelo serviço. Dessa forma, algumas entrevistas não foram realizadas conforme agendamento realizado, foram reagendadas sendo que algumas depois de quatro a cinco remarcações sem efetivação, a pesquisadora desistiu.

Não houve nenhum tipo de recusa por parte dos participantes quanto a participação no estudo.

O período de duração das entrevistas variou entre 30 e 60 minutos. Essas foram gravadas após autorização do participante e transcritas posteriormente.

Identificou-se o conteúdo das informações de forma numérica e sem nomeação de

informações pessoais do participante, e em seguida as entrevistas foram validadas pelos(as) entrevistados(as).

Obedecendo ao agendamento das entrevistas, fez-se a leitura dos objetivos do estudo, explicações sobre o procedimento e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

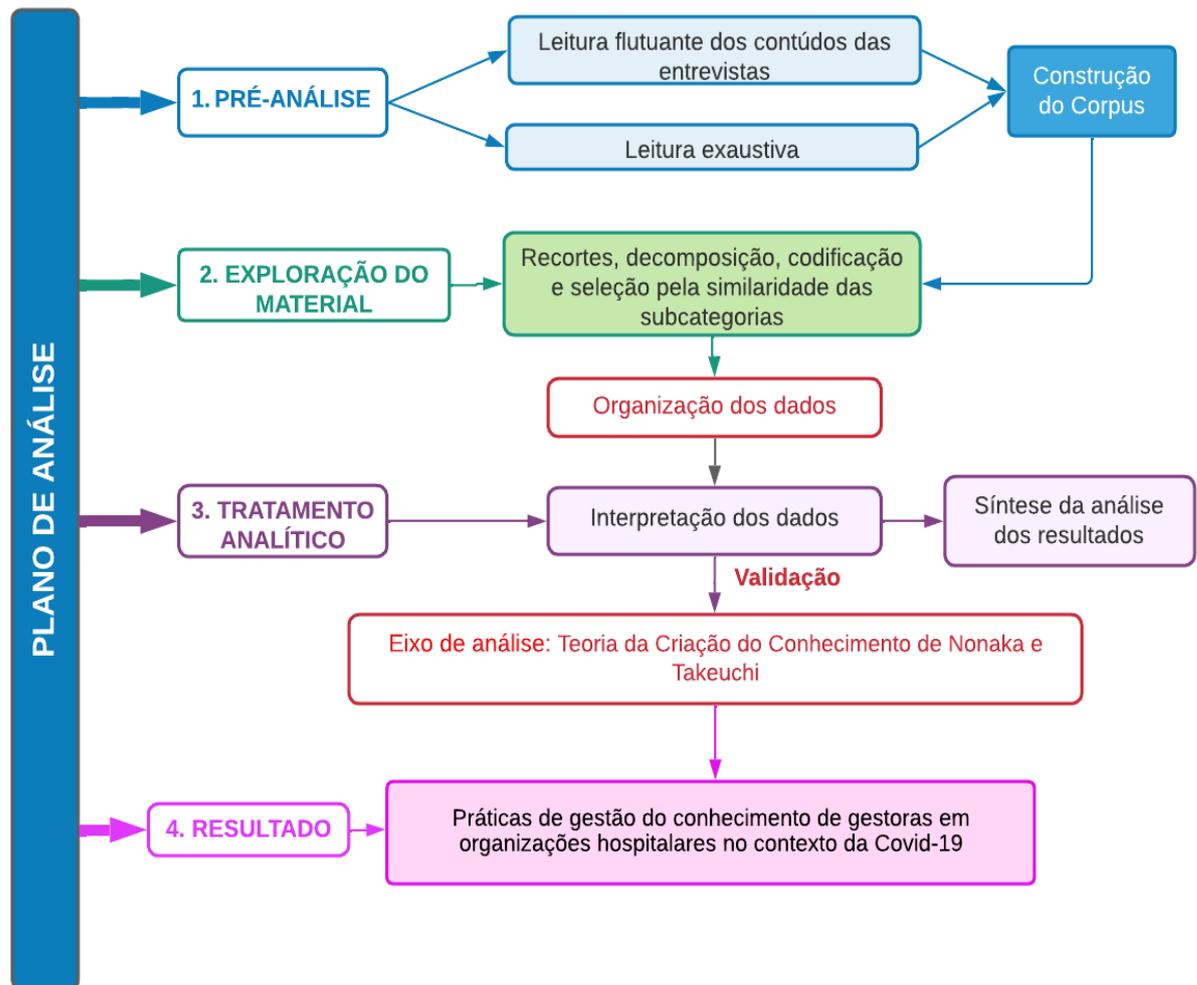
A análise tem como finalidade organizar, fornecer estrutura e extrair interpretação das informações obtidas na coleta das informações. Nessa etapa foram realizadas as transcrições dos resultados e comparação com as hipóteses ou pressupostos. Um planejamento bem elaborado da pesquisa poderá facilitar o procedimento de análise e de interpretação (MARCONI, LAKATOS, 2021).

A técnica de pesquisa Análise de Conteúdo defendida por Bardin (2016) se estrutura em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento analítico. A Pré Análise, organiza as ideias preliminares em quatro etapas: a leitura flutuante; escolha dos documentos; reformulações de objetivos e hipóteses, e a formulação de indicadores, as quais nos darão fim à preparação do material como um todo (BARDIN, 2016).

Nesse estudo considerou-se quatro tipos de unidades: contexto, registro, informação e enumeração, a partir da atribuição de unidade e cada uma unidade de informação. Fez-se a leitura flutuante e exaustiva dos conteúdos das entrevistas. A identificação das entrevistas se deu com uma letra maiúscula seguida de numeral e sem nomeação de informações pessoais do participante. Em seguida as entrevistas foram validadas pelas gestoras. Não houve necessidade de realizar entrevistas por repetição. Quanto ao processo de transcrição e ajustes das entrevistas, utilizou-se em média o tempo de dez horas por cada uma delas.

Para melhor direcionamento da pesquisa, organizou-se um plano para análise das informações, como mostra a figura 2

Figura 2 – Plano de análise, 2024



Fonte: Elaborado pela autora.

As informações foram analisadas por meio da análise de conteúdo temático que consiste na aplicação de um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter indicadores que permitam inferir conhecimentos relacionados à produção/recepção das mensagens manifestas pelos(as) participantes do estudo e é sistematizado em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2016).

A primeira fase, pré-análise é caracterizada pela organização do material, nela fez-se a leitura de primeiro plano das entrevistas, aproximando os objetivos iniciais da pesquisa. Na fase de exploração do material, realizou-se a análise propriamente dita e a aplicação das decisões tomadas na fase anterior. Essa fase contempla três funções: escolha dos documentos a analisar, a formulação das hipóteses e a construção dos indicadores para o respaldo da análise final. Assim, essa fase objetiva a organização (BARDIN, 2016).

A segunda fase, exploração do material, ocorre quando as operações da pré-análise são finalizadas e constitui a aplicação de forma sistemática das deliberações adotadas. Consiste no procedimento de codificação, decomposição ou enumeração. A terceira fase engloba a operação dos resultados brutos, no processo de transformação em significativos e válidos. Assim as operações tanto simples ou complexas, possibilitam o estabelecimento dos quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais evidenciam as informações provenientes da análise. Considerando o rigor, esses resultados são submetidos a provas estatísticas e testes de validação (BARDIN, 2016).

Para auxiliar na organização e análise dos dados da pesquisa, e conforme o objeto do estudo, foi utilizado o *software webQDA*® – *software* de análise qualitativa de dados, de modo a facilitar o processo de análise, identificação das unidades de registro e definição de categorias e subcategorias do estudo.

O *webQDA*® é um *software* de análise de texto, vídeo, áudio e imagem que funciona em um ambiente colaborativo e distribuído com base na internet, e procura suprir essa necessidade no âmbito multidisciplinar e com o envolvimento de utilizadores dispersos geograficamente (SOUZA; COSTA; MOREIRA, 2016).

As informações foram organizadas e codificadas, utilizando-se o software WebQDA, que auxilia a arrumar a significação dos dados. Esse software, WebQDA é uma ferramenta de análise qualitativa de dados que visa facilitar, aprimorar, tornar mais dinâmico e eficiente o trabalho de pesquisadores, analistas de dados, cientistas de dados e acadêmicos em geral (SOUZA et al, 2017; FORNARI; FONSECA, 2020).

Na categorização para aquisição do conhecimento elencou-se nove códigos: 1) recursos da legislação, Sesab/Anvisa, 2) Ações presenciais e online, 3) ações integradas entre SCIH, NSP. EP, 4) documentos da organização e reuniões realizadas, 5) estruturação da organização, 6) interação entre colaboradores, 7) material didático, 8) prática assistencial e 9) socialização de saberes.

Com relação à categorização para produção do conhecimento, enumerou-se cinco códigos: 1) adaptação de materiais oficiais, 2) articulação com residentes, 3) construção de novos protocolos, 4) diagnóstico situacional, 5) produção científica.

Quanto a categorização para aplicação do conhecimento, listou-se nove (9) códigos: 1) ações integradas entre SCIH, NSP e EP; 2) ações presenciais e online para a equipe multiprofissional de saúde, 3) acompanhamento a colaboradores na prática, 4) normas, rotinas, fluxos, protocolos da própria unidade, 5) parcerias com outras áreas da organização, 6) projetos

de melhoria, 7) treinamento de pacientes e acompanhantes, 8) treinamento in loco, 9) parcerias entre lideranças e coordenações.

Foram elencados 11 códigos de categorização para o compartilhamento do conhecimento: 1) comunicação efetiva/Materiais didáticos, 2) interação entre pares, 3) parcerias com outras instituições, 4) produção científica, 5) rodas de conversa, 6) produção de relatórios, 7) projetos de intervenção, 8) canais digitais, 9) atividades educativas, 10) criação de protocolos, 11) capacitação.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil sendo direcionada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), obtendo o Parecer de N° 5.168.134 e demais organizações participantes do estudo com CEP.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, respeitaram-se as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, emanadas da Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Ofício circular /N° 2/2021/CONEP/SECNS/MS Brasília, publicado em 24 de fevereiro de 2021. Essas diretrizes e normas orientam que as etapas da pesquisa sejam conduzidas em ambiente virtual (BRASIL, 2021).

Organizou-se um cronograma para a realização das entrevistas com os participantes, conforme a disponibilidade desses, nos cenários do estudo, ou virtualmente considerando a disponibilidade de cada um dos participantes. Salienta-se que a entrevista foi realizada mediante autorização dos participantes. Dessa forma, os mesmos foram orientados acerca dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para poder ser realizada a coleta de dados e gravação das entrevistas. É importante destacar que foi mantido o anonimato e sigilo dos nomes desses participantes, procedendo à identificação desses de forma numérica e que o material será arquivado por cinco anos nas pastas virtuais do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE), quando realizadas de forma presencial. Quando realizadas de forma virtual, a guarda dessas informações será feita em pen drive ou disco rígido de HD externo por cinco anos. Poderão ser utilizadas para estudos vinculados ao grupo GEPASE.

Esse estudo apresenta benefícios para o avanço da aplicação da GC não somente em organizações hospitalares, como em outros espaços de cuidados à saúde, além da qualificação de profissionais para utilização das fases e ferramentas de GC na promoção da SP.

Os resultados desse estudo serão encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa, à Comissão de Ensino e Pesquisa, e além disso será enviado relatório com os resultados e sugestões às organizações participantes, por meio das áreas de EP, NSP, Comissão de Ensino e Pesquisa e diretoria. A tese será depositada no repositório da UFBA.

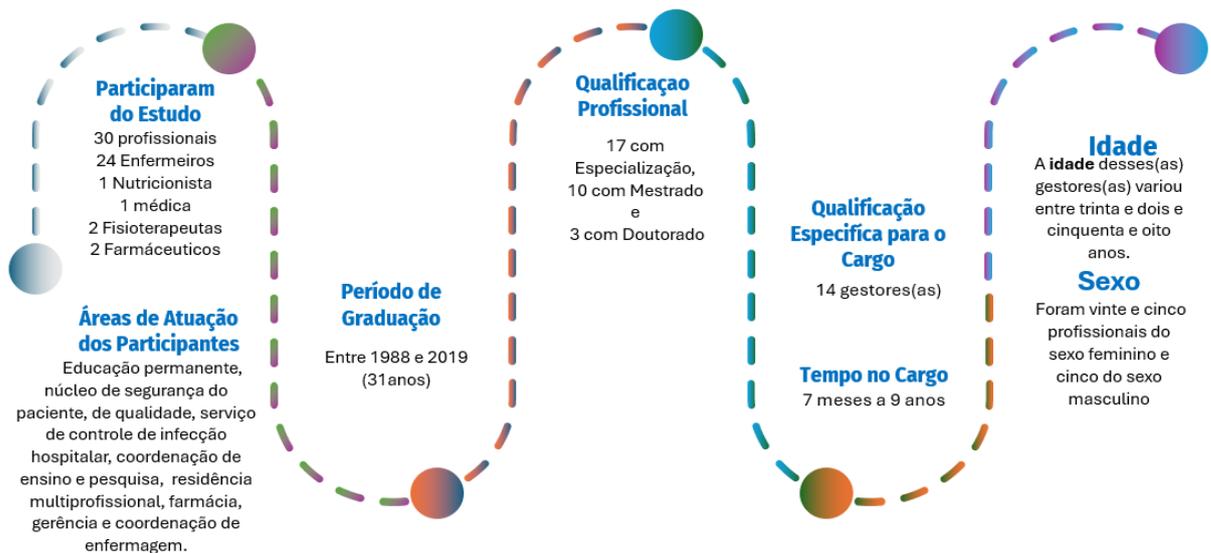
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Participaram do estudo trinta profissionais, sendo vinte e quatro enfermeiras, uma médica, um nutricionista, dois fisioterapeutas e dois farmacêuticos. Desses, vinte e quatro eram do sexo feminino e seis do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre trinta e dois e cinquenta e oito anos, com dezessete do sexo feminino e três do sexo masculino. Quanto ao período de graduação, este variou entre 1988 e 2019. Os participantes atuavam nas áreas de educação permanente, núcleo de segurança do paciente, serviço de controle de infecção hospitalar, coordenação de residência multiprofissional, farmácia, gerência e coordenação de enfermagem, além da diretoria geral.

Em relação à qualificação profissional, foram dezessete participantes com curso de especialização, dez com mestrado e três com doutorado. Além da qualificação mencionada, quatorze participantes relataram ter qualificação específica para o cargo ocupado. O período de permanência no cargo variou entre sete meses a nove anos.

Figura 3 - Caracterização Sociodemográfica e Profissional



Fonte: Elaborada pela autora

4.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS IDENTIFICADAS

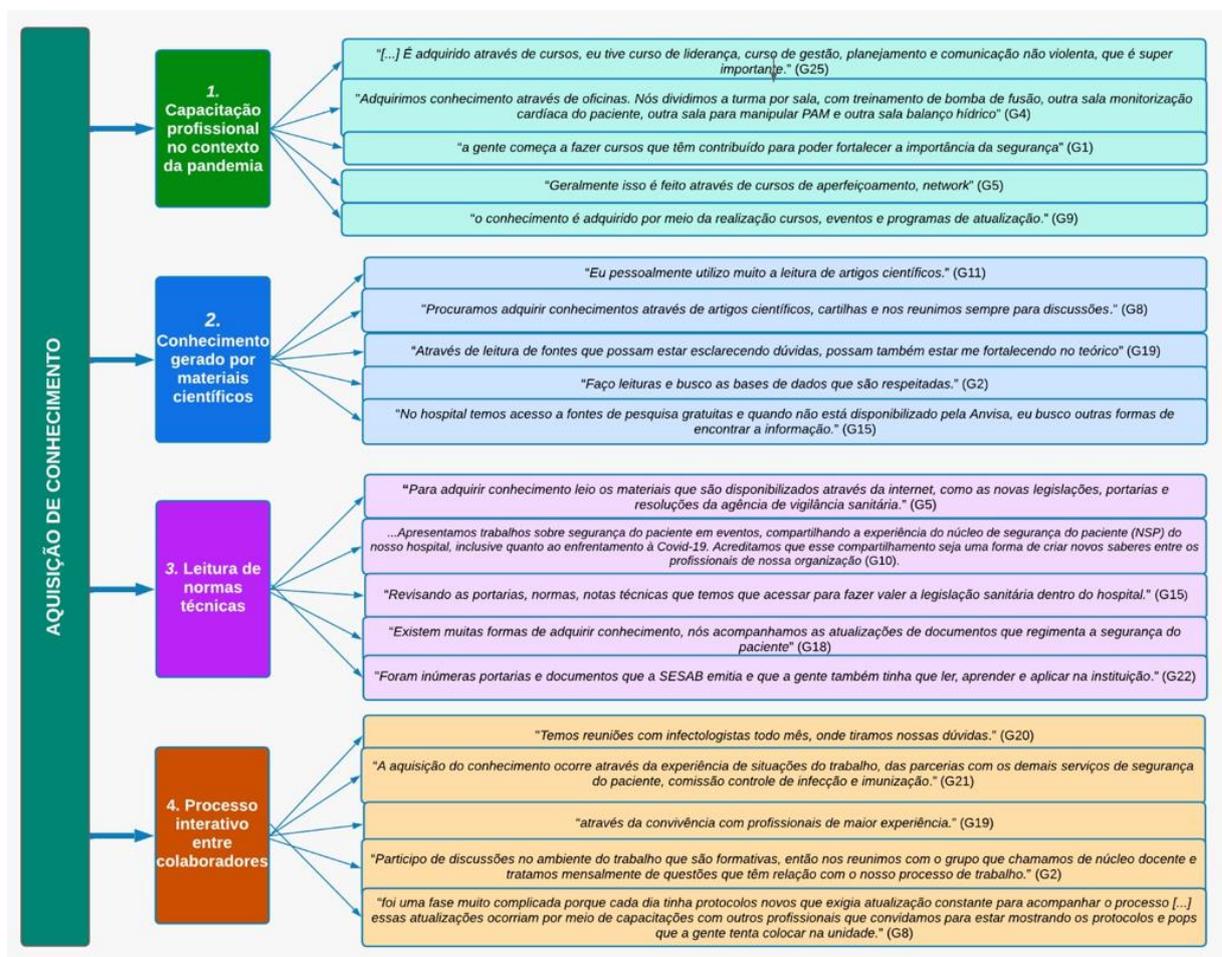
Diante do processo de análise do conteúdo das falas, identificou-se quatro categorias e onze subcategorias que apresentamos a seguir.

4.2.1 Aquisição do Conhecimento

A aquisição do conhecimento foi identificada e analisada em base nos resultados obtidos, tendo sido identificado quatro subcategorias de análise como ilustra a figura 3.

Para a prática da aquisição do conhecimento ficou evidente as estratégias utilizadas pelas gestoras para se apropriarem dos conhecimentos específicos para atenção às demandas de cuidados no processo de tratamento da nova enfermidade, como podemos verificar nas falas a seguir apresentadas.

Figura 4 – Evidência das falas que categorizam a Aquisição do Conhecimento



Fonte: Elaborada pela autora

Capacitação profissional no contexto da pandemia - Nesta categoria, gestoras ressaltam a realização de cursos, discussões de casos, oficinas, leituras específicas sobre a doença, além de oportunizar os profissionais a realização de outros cursos realizados a nível central, de forma online. Houve a necessidade de mudança na forma de desenvolver as atividades presenciais, para o contexto online, para preservar o distanciamento e evitar aglomeração. Os profissionais

reconhecem a importância da capacitação realizada na organização, e consideram como um fator de importância fundamental para o preparo desses no exercício do cuidado ao paciente. Utilizou-se também simulação realística em unidades de pacientes não COVID 19.

Conhecimento gerado por materiais científicos – Essa categoria evidenciou-se com a necessidade de busca sobre os cuidados com a nova enfermidade, realizada por meio de materiais científicos em bases de dados e documentos da organização. As gestoras consideram essas leituras importantes para fundamentar a prática do cuidado seguro ao paciente e ao profissional.

Leitura de normas técnicas – Essa categoria retrata a necessidade contínua de leituras de documentos oficiais do MS e da própria Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), além de outros documentos que retratavam orientações gerais para o cuidado, da própria organização. Diante das constantes mudanças nas normas técnicas, essa prática era cotidiana segundo os participantes.

Processo interativo entre colaboradores – Essa categoria, evidencia o fortalecimento na interação entre a equipe por meio da realização de atividades tais como, as rodas de conversa, reuniões, discussões sobre a situação do cuidado prestado, a supervisão criada para avaliar e acompanhar o desenvolvimento dos novos profissionais na prática assistencial.

Quadro 2 - Descrição da categoria Aquisição do Conhecimento

Categoria 1 - AQUISIÇÃO DO CONHECIMENTO			
Subcategoria	Ações Desenvolvidas	Evidências para Promoção da Segurança do Paciente	Fase do Modelo SECI
1.1 Capacitação profissional no contexto da pandemia da COVID 19	<ul style="list-style-type: none"> Reuniões, Discussão de casos Treinamento sobre protocolos básicos Comunicações internas Busca de materiais oficiais e em base de dados, Leitura de cartilhas, Portarias e orientações da SESAB e ANVISA Relatórios de eventos adversos 	<ul style="list-style-type: none"> Diretrizes estratégicas para garantir a segurança do paciente Monitoramento para conhecer o desenvolvimento de cada meta Plano de ação, treinamento e auditoria no processo de identificação do paciente Treinamento tomando por base o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em programas institucionais 	<ul style="list-style-type: none"> Internalização Socialização
	<ul style="list-style-type: none"> Participação em atividades on-line Leitura de artigos científicos Reuniões Rodas de conversas Busca em base de dados Participação em cursos e eventos científicos Leitura de cartilhas e orientações oficiais 	<ul style="list-style-type: none"> Notas técnicas específicas sobre atenção à pandemia da COVID 19 Importância da implementação de ações seguras, no sentido de promover a SP Contribuição para a qualidade do cuidado Conhecimento sobre os conteúdos direcionados à atenção a COVID 19 Apropriação das orientações referentes às atualizações de documentos 	<ul style="list-style-type: none"> Externalização Combinação Internalização

Categoria 1 - AQUISIÇÃO DO CONHECIMENTO			
Subcategoria	Ações Desenvolvidas	Evidências para Promoção da Segurança do Paciente	Fase do Modelo SECI
1.3 Leitura de Normas Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a leituras de materiais por meio da internet • Acesso a Portarias diversas emitidas pela SESAB para aprendizagem e aplicação na organização • Reuniões • Oficinas • Revisitando a Portaria nº 529 e RDC nº 36/2013/MS/ANVISA para assegurar o cumprimento na organização, que rege a segurança do paciente • Acompanhamento as atualizações de documentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Notas técnicas específicas sobre atenção à pandemia da COVID 19 • Importância da implementação das ações seguras no sentido de promover e apoiar a segurança do paciente • Contribuição para a qualidade do cuidado • Conhecimento sobre os conteúdos direcionados a atenção a COVID 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Externalização • Combinação • Internalização
1.4 Processo Interativo entre colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões com especialistas, particularmente infectologistas • Reuniões com núcleo docente da organização • Discussão no ambiente de trabalho • Capacitação com profissionais externos a convite da organização, para troca de experiência e socialização da produção técnica da organização • Parcerias entre áreas CCIH, EP, NSP e Imunização • Convivência com profissionais de maior experiência, de forma virtual • Avaliação sobre o processo de trabalho, envolvendo as contínuas mudanças, protocolos, notas técnicas e documentos SESAB/ANVISA • Desenvolvimento no ambiente de trabalho, para garantir o processo da segurança do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Apropriação das orientações referentes as atualizações de documentos • Estratégia para direcionamento e apropriação de novos protocolos • Apropriação de conteúdos sobre construção de normas, rotinas, fluxos, protocolos para promoção da segurança do paciente, em atenção a pandemia da COVID 19 • Parcerias • Troca de saberes com profissionais de maior experiência 	<ul style="list-style-type: none"> • Internalização • Combinação • Socialização • Externalização

Fonte: Elaborado pela autora

Para a prática de aquisição do conhecimento ficou evidente as estratégias utilizadas pelas gestoras para se apropriarem dos conhecimentos específicos requeridos para atenção à demanda de cuidados no processo de tratamento da nova enfermidade.

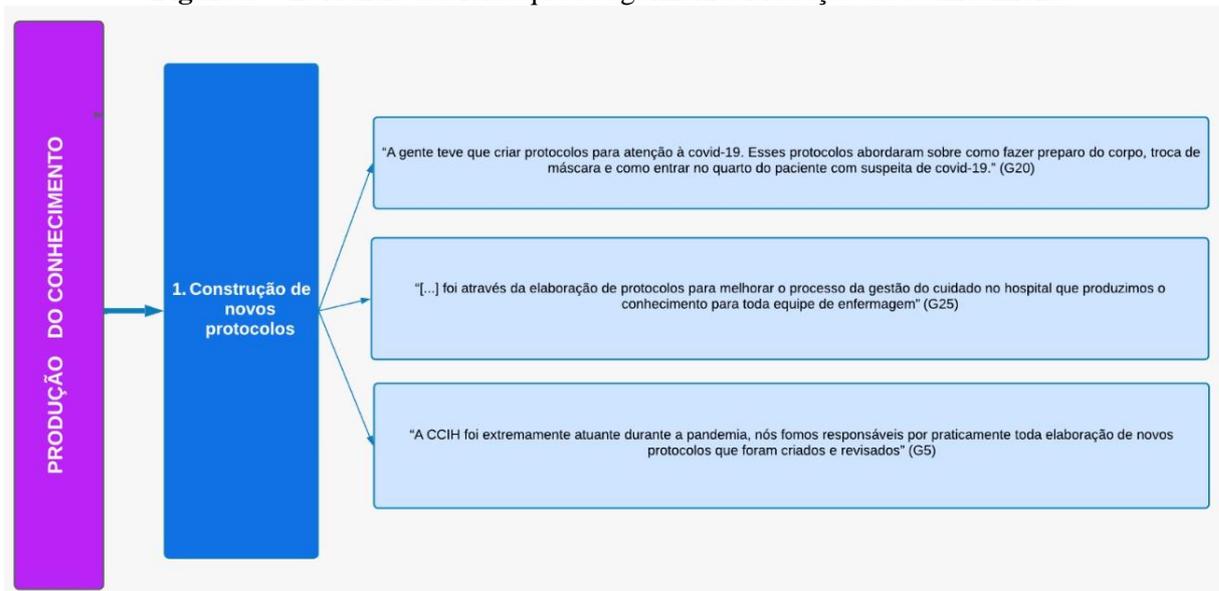
As gestoras efetivaram a aquisição do conhecimento por meio da interação entre diferentes agentes e práticas, tais como a leitura de material científico sobre a nova enfermidade, notas técnicas, discussão de casos, rodas de conversa, treinamentos e apoio da intranet organizacional.

Houve a necessidade de mudança na forma de desenvolver as atividades presenciais, para o contexto online, para preservar o distanciamento e evitar aglomeração.

4.2.2 Produção do Conhecimento

Para a prática de **Produção/Criação do conhecimento** ficou evidente as estratégias utilizadas pelos (as) gestores (as) para se apropriarem dos conhecimentos específicos requeridos para atenção à demanda de cuidados no processo de tratamento da nova enfermidade, como podemos verificar nas falas a seguir (figura 5).

Figura 5 – Evidência das falas que categorizam a Produção do Conhecimento



Fonte: Elaborada pela autora

Construção de novos protocolos – Essa categoria revela uma ação importante no processo de melhoria da gestão do cuidado na organização, com a criação de protocolos básicos necessários para atenção ao paciente suspeita e acometido pela COVID 19. Essa ação contou com a participação ativa da equipe multiprofissional e do SCIH, contribuindo dessa forma para a criação do conhecimento para toda equipe assistencial.

Quadro 3 - Descrição da categoria Produção do Conhecimento

Categoria 2 - PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

Subcategoria	Ações Desenvolvidas	Evidências para Promoção da Segurança do Paciente	Modelo SECI
1.1 Construção de Novos Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de novos protocolos • Parceria com a CCIH • Revisão de protocolos existentes na organização para atender às necessidades da pandemia da COVID 19 • Construção de protocolo para preparo do corpo pós morte • Produção de vídeos sobre higiene das mãos, paramentação, para utilização 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação às novas exigências para o cuidado seguro e melhoria da qualidade do cuidado • Análise da situação atual de protocolos na organização • Organização da atenção de modo seguro • Estratégia educativa para atualização dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Internalização • Externalização • Combinação • Socialização • Internalização • Combinação

Categoria 2 - PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO			
Subcategoria	Ações Desenvolvidas	Evidências para Promoção da Segurança do Paciente	Modelo SECI
	<p>nos processos educacionais. Esses vídeos foram utilizados pela SESAB para treinamento de toda rede de assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotina para entrada e saída de funcionário no quarto de paciente com suspeita e acometido pela COVID 19 • Produção de conhecimento a partir da elaboração de protocolos para melhoria do processo de gestão do cuidado, e adaptação às exigências do paciente acometido pela COVID 19, na organização 	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da implementação das ações seguras no sentido de promover e apoiar a segurança do paciente • Segurança para o profissional em serviço da atenção ao paciente • Conhecimento novo para assegurar um cuidado de qualidade ao usuário direcionados à atenção a COVID 19 • Apropriação das orientações referentes às atualizações de documento • Contribuição para a qualidade do cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialização • Internalização • Socialização

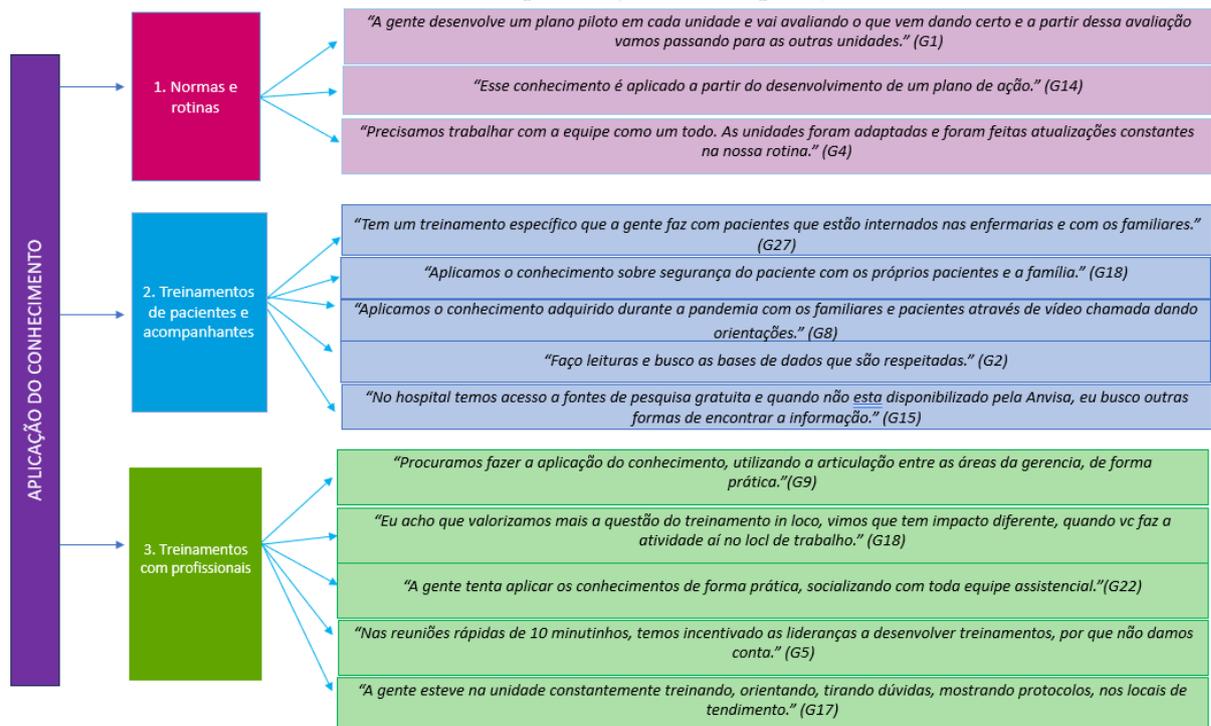
Fonte: Elaborado pela autora

Com relação a de criação do conhecimento, as gestoras tiveram dificuldade em identificar o conhecimento que criam neste processo de GC, mesmo com a efetivação de novos processos para o desenvolvimento das ações planejadas. Para as ações de preparação dos profissionais utilizou-se em muitos momentos o modelo on-line, com disseminação do conhecimento por via intranet organizacional, considerando que grande parte dos recém-admitidos não possuíam experiência no cuidado hospitalar, além dos ajustes para treinamento a beira leito, sem contaminação desses. Ações que permitiram a ampliação do conhecimento organizacional, ou seja, um maior número de profissionais estava apto para desenvolver as atividades e procedimentos associados a esta nova situação.

4.2.3 Aplicação do Conhecimento

Para a prática de **aplicação do conhecimento** ficou evidente as estratégias utilizadas pelas gestoras para se apropriarem dos conhecimentos específicos requeridos para atenção à demanda de cuidados no processo de tratamento da nova enfermidade, como podemos verificar nas falas a seguir.

Figura 6 – Evidência das falas que categorizam a Aplicação do Conhecimento



Fonte: Elaborada pela autora

Normas e rotinas – A categoria esclarece que as ações se desenvolveram a partir da construção de um planejamento onde contava com um plano piloto em cada unidade de cuidado, sendo feito as avaliações devidas e adequações pertinentes.

Treinamento de pacientes e acompanhantes – Essa categoria comprova as ações realizadas para o engajamento de pacientes com aplicação do conhecimento sobre segurança do paciente com os próprios pacientes e seus familiares, envolvendo a realização de rodas de conversa, mostra de vídeos além de orientações específicas sobre a prática do cuidado.

Treinamento com profissionais: Nesta categoria, os (as) gestoras (es) destacam a realização de treinamentos básicos e específicos para profissionais, envolvendo as medidas de segurança e a condução para a atenção as demandas da nova enfermidade, além do novo aprendizado adquirido com a utilização da tecnologia, por conta do próprio contexto, onde eram ministradas orientações pelos profissionais do cuidado. Desafios foram vivenciados durante essa etapa por conta da pouca habilidade dos gestores (as) com tecnologia da informação (MACIEL, et al., 2020).

Quadro 4 - Descrição da categoria Aplicação do Conhecimento**Categoria 3 - APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO**

Subcategoria	Ações Desenvolvidas	Evidências para Promoção da Segurança do Paciente	Modelo SECI
3.1 Normas e Rotinas	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de plano de ação • Articulação do plano piloto e avaliação para a expansão em outras unidades • Atualização e acompanhamento de profissionais in loco • Orientações sobre o processo de construção e sobre SESAB e ANVISA • Leituras de normas técnicas para apoiar as construções • Reuniões, Discussão sobre os protocolos existentes para identificar as necessidades reais da organização • Treinamento sobre protocolos básicos • Consulta a Comunicações internas sobre protocolos e outros documentos • Rodas de conversa 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de novos protocolos e atualização dos existentes • Organização do processo de trabalho • Criação de rotinas para paramentação e desparamentação • Diretrizes estratégicas para garantir a segurança do paciente • Plano de ação, auditoria no processo de processo no cuidado • Treinamento de profissionais em normas e rotinas tomando por base o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) • Protocolos assistenciais básicos da ANVISA • Organização para um cuidado seguro e de qualidade • Reestruturação do processo de cuidado • Comunicação efetiva • Construção de novos fluxos • Treinamento específico sobre segurança do paciente para pacientes e acompanhantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Internalização • Combinação • Socialização • Externalização
3.2 Treinamento para Acompanhantes e Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento com conteúdo relativo ao processo de cuidar • Rodas de conversa • Vídeo chamadas • Orientações sobre o cuidado a pacientes • Mostra de vídeos 	<ul style="list-style-type: none"> • Engajamento de pacientes, família e acompanhantes sobre o processo de cuidado e a pandemia da COVID 19 • Ações de segurança do paciente e medidas de prevenção e cuidados com a COVID 19 • Engajamento • Os gestores trazem ideias de atividades no dia a dia, interação com especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialização • Combinação • Internalização
3.3 Treinamento para Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Revisitando a Portaria nº 529 e RDC nº 36/2013/MS/ANVISA para assegurar o cumprimento das medidas de segurança na organização • Acompanhamento as atualizações de documentos • Rodas de conversa • Reuniões rápidas em local de trabalho • Treinamentos in loco • Articulação entre áreas da organização • Round nas áreas com ações educativas • Cursos e palestras • Visitas às unidades assistenciais • Atividades realizadas no próprio local de trabalho • Simulação como se fosse portadores de Sars Cov 2 19, envolvendo a equipe assistencial • Informação sobre cada mudança feita em protocolos e 	<ul style="list-style-type: none"> • Notas técnicas específicas sobre atenção à pandemia da COVID 19, no sentido de garantir cuidados seguros • Importância da implementação das ações seguras no sentido de promover e apoiar a segurança do paciente • Contribuição para a qualidade do cuidado • Conhecimento sobre os conteúdos direcionados a promoção da segurança do paciente em atenção a COVID 19 • Valorização da questão do treinamento in loco • Publicações • Comunicação efetiva • Disseminação do conhecimento • Contribuição para a qualidade do cuidado, com medidas seguras • Integração e engajamento entre profissionais e residentes • Comunicação efetiva • Apropriação das orientações referentes as atualizações de documentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Externalização • Combinação • Internalização • Socialização

Categoria 3 - APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO			
Subcategoria	Ações Desenvolvidas	Evidências para Promoção da Segurança do Paciente	Modelo SECI
	rotinas, de acordo as novas diretrizes organizacionais <ul style="list-style-type: none"> • Realização de atividade obrigatória de intervenção para residentes, na unidade • Reuniões com núcleo docente da organização • Socialização das produções feitas para toda equipe assistencial da organização 		

Fonte: Elaborado pela autora

Na compreensão sobre a aplicação do conhecimento, verificou-se que as gestoras não tinham clareza do significado do processo de uso/aplicação de conhecimento e confundiam com o processo de compartilhamento do conhecimento. Entende-se que o compartilhamento do conhecimento está associado diretamente ao fluxo de conhecimento entre atores ou agentes que, uma vez assimilado, habilita à ação.

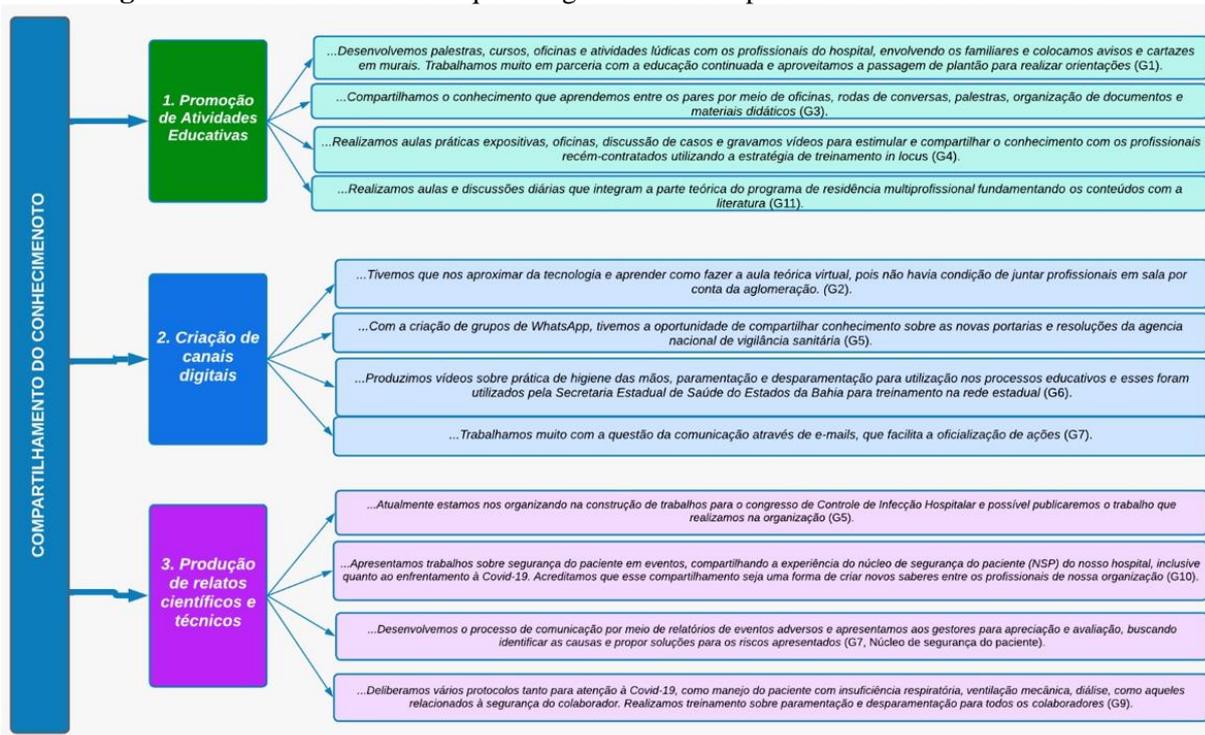
Vale ressaltar sobre a importância da tecnologia, que contribuiu muito para que essas etapas da GC pudessem ser efetivadas, quando era imprescindível adquirir, compartilhar e fornecer informações sobre como cuidar do paciente afetado pela nova enfermidade, além dos cuidados com o próprio profissional que desconhecia essa nova forma de cuidar, para evitar contaminações. Sendo, portanto, a tecnologia um canal acelerador no processo de GC.

4.2.4 Compartilhamento do Conhecimento

Como **compartilhamento de conhecimento** considera-se a troca de saberes regulares e sustentáveis de conhecimento, e esse busca promover a aprendizagem contínua no sentido de alcançar os objetivos organizacionais.

Salienta-se que a confiança e o benefício mútuo promovem a cultura de compartilhamento de conhecimentos, e a tecnologia pode ser utilizada para facilitar esse processo, servindo como um meio para tal, uma vez que, se as pessoas não estiverem motivadas para esse fim, de fato, o compartilhamento não ocorrerá (APO, 2021). Observemos as falas a seguir (figura 7).

Figura 7 – Evidência das falas que categorizam o Compartilhamento do Conhecimento



Fonte: Elaborada pela autora

Promoção de Atividades Educativas – Essa categoria evidencia as atividades educativas que foram desenvolvidas para adquirir e compartilhar conhecimentos necessários para promover o cuidado seguro ao paciente e ao profissional, e conseqüentemente a melhoria da assistência à saúde, e envolveu a realização de rodas de conversa, treinamentos *in locu*, cursos e orientações específicas sobre a nova enfermidade, oficinas

Criação de Canais Digitais – Essa categoria, nominada criação de canais digitais, emergiu da necessidade de apropriação tanto por parte das gestoras como dos profissionais de saúde sobre a tecnologia, assim como propiciou estratégias que facilitaram o processo de comunicação segura, para melhoria e apoio ao compartilhamento necessário para fortalecimento do processo de cuidado.

Produção de Relatos Científicos e Técnicas – Essa categoria emergiu diante a prática utilizada para aquisição do conhecimento, por meio de leituras de orientações técnicas oficiais, que inclusive apoiaram o processo de construção de novos protocolos requeridos para atenção às demandas da COVID 19, além da socialização desses novos protocolos com as organizações de saúde da rede estadual de saúde.

Quadro 5 - Descrição da categoria Compartilhamento do Conhecimento

Categoria 4 - COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO			
Subcategoria	Ações Desenvolvidas	Evidências para Promoção da Segurança do Paciente	Fase do Modelo SECI
1.1 Promoção de Atividades Educativas	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do conhecimento novo sobre SP com os próprios pacientes e funcionários • Utilização de vídeo-chamada para socialização de orientações para os pacientes e acompanhantes • Desenvolvimento de cursos, palestras, oficinas, atividades lúdicas • Atividades lúdicas envolvendo pacientes e familiares • Colocação de cartazes com avisos nos murais sobre orientações • Trabalho em parceria com EP • Utilização da PP para realizar orientações sobre o processo de cuidado • Compartilhamento de orientações entre pares • Realização de rodas de conversa • Discussão de casos • Gravação de vídeos para estimular a aprendizagem com os profissionais recém contratados • Treinamento <i>in locu</i> • Organização de documentos relativos a segurança do paciente e materiais didáticos • Discussões diárias que integram o programa de residência multiprofissional, fundamentando os conteúdos da literatura • Promoção de atividades virtuais 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação de pacientes e profissionais para engajamento entre esses • Comunicação efetiva • Processo de capacitação profissional • Análise de resultados para geração de novos saberes sobre a segurança do paciente • Utilização da experiência do paciente para aprimorar as medidas de segurança • Engajamento profissional • Comunicação efetiva • Identificação do paciente • Cultura de segurança do paciente • Capacitação de profissionais • Organização do processo de trabalho • Aperfeiçoamento profissional para fortalecimento das medidas seguras 	<ul style="list-style-type: none"> • Externalização • Combinação • Internalização • Socialização
1.2 Criação de Canais Digitais	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximação com a tecnologia • Aprender a fazer aula teórica de forma virtual • Criação de grupos de whatsapp • Compartilhamento sobre as novas portarias resoluções da SESAB e da ANVISA • Mostra de vídeos sobre protocolos de higiene das mãos, paramentação, desparamentação nos processos educativos desenvolvidos • Utilização da intranet • Comunicação por e-mail 	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação a situação pandêmica • Capacitação de profissionais sobre novos protocolos e rotinas para adequação ao processo de cuidado • Comunicação • Apropriação dos novos conhecimentos específicos • Processo interativo de comunicação e educação permanente para a equipe multidisciplinar do cuidado • Utilização dos meios digitais para promoção da segurança do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Externalização • Combinação • Internalização • Socialização

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto a prática de compartilhamento do conhecimento, as gestoras evidenciaram um conhecimento prévio sobre o significado e importância, além de explicarem com as práticas desenvolvidas ao longo do período pandêmico, efetivando a criação de novos processos para o desenvolvimento das ações de capacitação dos profissionais.

Assim, considera-se que o compartilhamento de conhecimento é uma troca de saberes regular e sustentável de conhecimento, e esse busca promover a aprendizagem contínua no sentido de alcançar os objetivos organizacionais. Salienta-se que a confiança e o benefício mútuo promovem a cultura de compartilhamento de conhecimentos e a tecnologia pode ser utilizada para facilitar esse compartilhamento, servindo como um meio para tal, uma vez que, se as pessoas não estiverem motivadas para esse fim, de fato, o compartilhamento não ocorrerá (APO, 2021).

4.2.5 Considerações sobre a GC

Nesse sentido, a gestão do conhecimento (GC) pode contribuir para aumentar a eficiência e a eficácia das operações, e com isso acelerar o processo de inovação e a qualidade, diante da concorrência, por meio das ações de aquisição, criação, aplicação e compartilhamento do conhecimento, realizadas entre indivíduos, equipes e organizações, coletivamente e de forma individual, no sentido de alcançar os objetivos estratégicos e operacionais (KUMATA, 2018).

Desse modo, considerando a segurança do paciente como um atributo da qualidade, é importante ressaltar que na perspectiva da gestão focada para geração do conhecimento, e desenvolvida por meio da informação, para transformá-la em benefício de forma competitiva, visualizada como êxito no negócio (CRISTIAM, FELICIDADE, 2021).

Com o surgimento da pandemia da COVID 19 verificou-se que algumas organizações hospitalares, tiveram que se adequarem quanto ao que preconiza o Ministério da Saúde (MS), e dessa forma os gestores (as) tiveram que em curto espaço de tempo atenderem a tal demanda, considerando aspectos relacionados a estrutura física, equipamentos, materiais e principalmente quanto ao aumento do quadro de pessoal, especificamente o de enfermagem.

Assim, para atender essa exigência, as gestoras elaboraram um planejamento envolvendo a aquisição de conhecimentos específicos sobre a nova enfermidade, o processo seletivo de pessoal, o rodízio de colaboradores da organização e a capacitação dos profissionais. Assim, iniciou-se com a realização do processo seletivo, desenvolveram-se estações de treinamento in loco, sobre as principais técnicas e protocolos, e esses foram efetivadas em unidades assistenciais de internação não COVID 19, além da criação de supervisão específica para o atendimento aos pacientes COVID 19.

Portanto, esses gestores (as) buscaram a adequação do quadro de pessoal, iniciando com o processo seletivo, e por deficiência de profissionais capacitados no mercado, tiveram que partir para a admissão de novos profissionais, onde em sua grande maioria, não possuíam

experiência profissional na área hospitalar e unidade de terapia intensiva (UTI), já que o mercado não oferecia condições de atender a demanda.

Diante desse cenário, eles tiveram que admitir profissionais sem nenhuma experiência para o cuidado a essa nova enfermidade, contratando até profissionais de outros segmentos do cuidado, como assistência domiciliar e recém-formados para suprir a demanda requerida, o que demandou um tempo maior para capacitação e preparo desses profissionais para execução do processo do cuidado.

Ainda na adequação de pessoal, em algumas organizações verificou-se a preferência de colaboradores pertencentes ao quadro, em serem deslocados para as alas de tratamento COVID 19 e assim se fez, colocando os novos profissionais admitidos, em unidades de assistência não COVID 19.

Desse modo, desenvolveu-se o treinamento dos profissionais por meio de determinadas práticas, que buscavam a adequação desses ao exercício do novo cuidado, e o enfrentamento à pandemia COVID 19, com a realização de estações de aprendizagem, cursos, oficinas, rodas de conversa, além da socialização de novos protocolos específicos para essa atenção, notas técnicas dentre outros, via intranet organizacional.

Para identificação das ações de GC desenvolvidas nas organizações pesquisadas, buscou-se entender como ocorre o fluxo do conhecimento nessas, e para tanto, esse processo teve sustentação teórica na “Teoria de Criação do Conhecimento Organizacional” de NONAKA e TAKEUCHI e nas Ferramentas de GC.

O fluxo do conhecimento nessas organizações, no primeiro ano da pandemia, ocorreu por meio de ações planejadas, discutidas e efetivadas, que emergiram dos conteúdos das entrevistas realizadas, após análise dos conteúdos.

No que tange às ações de GC realizadas pelas gestoras para promoção da segurança do paciente, verificou-se que desenvolvem a aquisição, produção, aplicação e compartilhamento do conhecimento, sem essas serem sistematizadas, contudo não revelam o conhecimento adequado sobre o significado de cada uma delas.

Desse modo, observa-se que as etapas do modelo SECI foram desenvolvidas nas organizações por parte das gestoras, visto que foi intensa a criação do conhecimento requerida para a atenção ao enfrentamento da pandemia da COVID 19, desenvolvida por meio da educação e treinamentos formais dos profissionais da organização. Assim, criou-se um conhecimento para novas formas de cuidado humano. (SILVA, G B et al, 2021).

A socialização é identificada principalmente nas atividades educativas e trocas de experiências, havendo a transformação do conhecimento tácito em tácito. Ao ter-se

profissionais participando de atividades e treinamentos de forma conjunta, a observação e atuação conjunta permitem o fluxo de conhecimento tácito.

As palestras, elaboração de procedimentos e documentos permitiram a explicitação do conhecimento dos profissionais.

Inúmeras reuniões e ações de grupos e indivíduos foram executadas de forma que diferentes normas, procedimentos, manuais fossem atualizados e construídos (combinação) sendo instrumentos efetivos para armazenamento de conhecimento. Enfim os profissionais trocam e combinam conhecimentos por meio de documentos, conversa de telefone, intranet, rodas de conversas.

A partir dos modos de conversão do conhecimento de NONAKA e TAKEUCHI, verificou-se a identificação das etapas contidas no modelo SECI.

Assim, esse modelo dinâmico da criação do conhecimento, ancora-se no pressuposto que o conhecimento humano é criado e expandido por meio da interação entre os conhecimentos tácitos e explícitos, o que se denominou de conversão do conhecimento.

Portanto, é considerado pelos autores (Nonaka e Takeuchi) que os aspectos relativos à intenção, flutuação, autonomia, redundância e variedade de requisitos, permitem que os quatro modos sejam transformados em espiral do conhecimento

Para efetivação do cuidado seguro ao paciente e ao profissional, ressalta-se que conhecimentos específicos existiam por parte das gestoras quanto a área hospitalar, e esses apoiaram as condutas no cenário pandêmico, no entanto eles necessitaram da aquisição dos conhecimentos específicos sobre a nova enfermidade, para o preparo dos colaboradores no tratamento a nova enfermidade, e esses foram adquiridos provenientes da leitura de documentos oficiais do ministério da Saúde (MS), notas técnicas, rodas de conversas, cursos, treinamentos, outras leituras entre outros.

Nesse estudo, a questão norteadora buscou conhecer e descrever as ações de GC desenvolvidas nas organizações pesquisadas, e a partir das respostas dos participantes, elencou-se as categorias relacionadas a aquisição, criação, aplicação e compartilhamento do conhecimento, mediante o processo de análise, apoiado pelo software WebQDA

Nesse sentido, a gestão do conhecimento (GC) pode contribuir para aumentar a eficiência e a eficácia das operações, e com isso acelerar o processo de inovação e a qualidade, diante da concorrência, por meio das ações de aquisição, criação, aplicação e compartilhamento do conhecimento, realizadas entre indivíduos, equipes e organizações, coletivamente e de forma individual, no sentido de alcançar os objetivos estratégicos e operacionais (KUMATA, 2018).

Desse modo, considerando a segurança do paciente como um atributo da qualidade, é importante ressaltar que na perspectiva da gestão focada para geração do conhecimento, e desenvolvida por meio da informação, para transformá-la em benefício de forma competitiva, visualizada como êxito no negócio (CRISTIAM, FELICIDADE, 2021).

Com o surgimento da pandemia da COVID 19 verificou-se que algumas organizações hospitalares, tiveram que se adequarem quanto ao que preconiza o Ministério da Saúde (MS), e dessa forma os gestores (as) tiveram que em curto espaço de tempo atenderem a tal demanda, considerando aspectos relacionados a estrutura física, equipamentos, materiais e principalmente quanto ao aumento do quadro de pessoal, especificamente o de enfermagem.

Assim, para atender às exigências, as gestoras elaboraram um planejamento envolvendo a aquisição de conhecimentos específicos sobre a nova enfermidade, o processo seletivo de pessoal, o rodízio de colaboradores da organização e a capacitação dos profissionais. Para essa demanda. Assim, realizou-se o processo seletivo, desenvolveram-se estações de treinamento in loco, sobre as principais técnicas e protocolos, e esses foram efetivadas em unidades assistenciais de internação não COVID 19, além disso, criou-se criação de supervisão específica para o atendimento aos pacientes COVID 19.

Portanto, essas gestoras buscaram a adequação do quadro de pessoal, iniciando com o processo seletivo, e por deficiência de profissionais capacitados no mercado, tiveram que partir para a aquisição de novos profissionais, onde em sua grande maioria, não possuíam experiência profissional na área hospitalar e unidade de terapia intensiva (UTI), já que o mercado não oferecia condições de atender a demanda.

Diante desse cenário, eles tiveram que admitir profissionais sem nenhuma experiência para o cuidado a essa nova enfermidade, contratando até profissionais de outros segmentos do cuidado, como assistência domiciliar e recém-formados para suprir a demanda requerida, o que demandou um tempo maior para capacitação e preparo desses profissionais para execução do processo do cuidado aos pacientes portadores de COVID 19.

Ainda na adequação de pessoal, em algumas organizações verificou-se a preferência de colaboradores pertencentes ao quadro, em serem deslocados para as alas de tratamento COVID 19 e assim se fez, colocando os novos profissionais admitidos, em unidades de assistência não COVID 19.

Desse modo, desenvolveu-se o treinamento dos profissionais por meio de determinadas práticas, que buscavam a adequação desses ao exercício do novo cuidado, e o enfrentamento à pandemia COVID 19, com a realização de estações de aprendizagem, cursos, oficinas, rodas de

conversa, reuniões, discussão de casos, além da socialização de novos protocolos específicos para essa atenção, notas técnicas dentre outros, via intranet organizacional.

Para identificação das ações de GC desenvolvidas nas organizações pesquisadas, buscou-se entender como ocorre o fluxo do conhecimento nessas, e para tanto, esse processo teve sustentação teórica na “Teoria de Criação do Conhecimento Organizacional” de NONAKA e TAKEUCHI e nas Ferramentas de GC.

O fluxo do conhecimento nessas organizações, no primeiro ano da pandemia, ocorreu por meio de ações planejadas, discutidas e efetivadas, que emergiram dos conteúdos das entrevistas realizadas, após análise dos conteúdos.

No que tange às ações de GC realizadas pelas gestoras para promoção da segurança do paciente, verificou-se que desenvolvem a aquisição, produção, aplicação e compartilhamento do conhecimento, sem essas serem sistematizadas

4.3 APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

Assim, com esse conteúdo, construiu-se três artigos: o primeiro sobre Práticas de gestoras para aquisição de conhecimento e da promoção da segurança do paciente em organizações hospitalares durante a pandemia de COVID 19, que tem como objetivo descrever as práticas de gestores (as) para aquisição de conhecimentos pelos profissionais de saúde, para promoção da segurança do paciente em organizações hospitalares, durante a pandemia de COVID 19. Nesse artigo, são apresentadas estratégias utilizadas pelas gestoras para adquirir conhecimento em prol da promoção da segurança do paciente.

O segundo artigo sobre Práticas de gestoras no compartilhamento do conhecimento para a segurança do paciente hospitalizado durante a pandemia COVID 19, que tem como objetivo descrever as práticas de gestão para compartilhamento do conhecimento na promoção da segurança do paciente hospitalizado com COVID 19. Nesse manuscrito, é possível perceber as práticas usadas pelas gestoras para compartilhar o conhecimento com sua equipe. O terceiro artigo sobre Produção e aplicação de conhecimento na promoção da segurança do paciente em hospitais: práticas de gestoras durante a pandemia da COVID 19, que tem como objetivo descrever as práticas de gestão utilizadas para produção e aplicação do conhecimento visando promover a segurança do paciente em organizações hospitalares durante a pandemia de COVID 19. Nesse manuscrito, é possível visualizar as práticas usadas pelas gestoras para desenvolver a produção e aplicação do conhecimento com seus pares.

A construção desses três artigos atende às exigências do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGENF) da UFBA e traduz os resultados obtidos, em categorias

após a realização da análise. Tem como objetivo socializar a produção do novo conhecimento produzido, além de evidenciar como a GC pode apoiar a segurança do paciente, não somente em tempos de COVID 19, como no contexto do cuidado à saúde.

4.3.1 ARTIGO 1 - Práticas de gestores (as) para aquisição de conhecimento e da promoção da segurança do paciente em organizações hospitalares durante a pandemia de COVID 19

Submetido à Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales – QUALIS A4

4.3.2 ARTIGO 2 - Práticas de gestores (as) no compartilhamento do conhecimento para a segurança do paciente hospitalizado durante a pandemia COVID 19

Submetido à Revista Perspectivas em Gestão e Conhecimento – QUALIS A4

4.3.3 ARTIGO 3 - Produção e aplicação de conhecimento na promoção da segurança do paciente em hospitais: práticas de gestoras durante a pandemia da COVID 19

Será submetido à Revista Saúde em Debate – QUALIS A4

Assim, considera-se que o novo processo de cuidado, para atenção aos pacientes acometidos pela COVID 19, desenvolveu-se tomando por base conhecimentos específicos adquiridos sobre a nova enfermidade, sistemas on-line e intranet organizacional. Portanto, as novas ações efetivaram-se a partir desses conhecimentos adquiridos, algumas foram institucionalizadas, outras deixaram de ser realizadas e outras mudaram a forma de fazer, de acordo com as avaliações feitas e a realidade da organização.

Desse modo, a prática do cuidado foi inovada por meio de novos métodos, apoiados pela tecnologia e ferramentas de gestão do conhecimento, tais como sistemas on-line, discussão de casos, rodas de conversa. Essas estratégias utilizadas conduziram a um processo interativo, promovendo a capacidade de compartilhar o conhecimento entre pares.

Nesse entendimento, o ambiente virtual utilizado para o desenvolvimento do processo de aprendizagem, revelou-se como agregador ao conhecimento organizacional e aprendido, facilitando assim a eficiência e a qualidade das interações, que requerem tempo de resposta adequado para garantir a troca interativa de conhecimento (RADOS, et al, 2018).

Desse modo, os (as) gestores (as) entendem que a troca de experiências e informações constitui o melhor caminho para o crescimento da organização e das pessoas, possibilitando também a redução de possíveis erros, com as lições aprendidas, contribuindo assim para a promoção da segurança do paciente (MORAIS e NETO, C O L P, 2002)

Segue com a apresentação dos artigos.

4.3.1 Artigo 1 - Práticas de gestores(as) para aquisição de conhecimento e da promoção da segurança do paciente em organizações hospitalares durante a pandemia de COVID 19

Submetido à Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales – QUALIS A4

Práticas de gestores (as) para aquisição de conhecimento e da promoção da segurança do paciente em organizações hospitalares durante a pandemia de COVID19

RESUMO

A aquisição do conhecimento é a etapa inicial do processo de Gestão do Conhecimento (GC). A GC retrata as formas de aquisição de conhecimento no cotidiano das práticas laborais de saúde no contexto das organizações hospitalares no intuito de promover melhorias na capacitação profissional e qualidade assistencial. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de cunho analítico e exploratório, realizado em oito hospitais da Bahia. A coleta foi realizada no período de maio de 2022 a fevereiro de 2023. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, as informações foram organizadas e codificadas através da análise do conteúdo de Bardin utilizando o software *WebQDA*. Participaram do estudo trinta profissionais sendo vinte e quatro enfermeiras, uma médica, uma nutricionista, dois fisioterapeutas e dois farmacêuticos. A partir do processo de análise dos conteúdos das falas dos participantes sobre a forma de aquisição do conhecimento, emergiram as seguintes categorias: capacitação profissional; conhecimento gerado por materiais científicos; leitura de materiais técnicos; interação entre colaboradores.

Palavras-Chave: Segurança do Paciente; Gestão do Conhecimento; COVID 19; Gestor de Saúde.

INTRODUÇÃO

A aquisição do conhecimento é a etapa inicial do processo de Gestão do Conhecimento (GC). A GC retrata as formas de aquisição de conhecimento no cotidiano das práticas laborais de saúde, no contexto das organizações hospitalares no intuito de promover melhorias na capacitação profissional e qualidade assistencial.

Nesse contexto, a aquisição do conhecimento refere-se ao processo de obter, criar ou adquirir informações, experiências e habilidades relevantes para os indivíduos e as organizações (GONÇALVES, et. al., 2021). Envolve a coleta de informações, a realização de pesquisas, o compartilhamento de conhecimento entre membros da equipe e a busca de novos insights para melhorar o desempenho e a tomada de decisões. Também busca garantir que o conhecimento seja adequadamente capturado, armazenado, compartilhado e aplicado para impulsionar a inovação e o seu desenvolvimento contínuo (HIPÓLITO; MACEDO, 2018).

Apesar de ser predominantemente utilizada no ramo de negócios, a aquisição do conhecimento vem ganhando espaço no âmbito hospitalar, sendo essencial para a capacitação dos profissionais e promoção de processos de trabalhos com foco na segurança do paciente. É mister que a prática da GC na área da saúde desempenha um papel fundamental no aprimoramento da qualidade dos serviços prestados, na tomada de decisões clínicas embasadas em evidências contribuindo para o avanço das práticas assistenciais. Essa proposta, visa otimizar a forma como as informações são capturadas, armazenadas, compartilhadas e aplicadas por profissionais e organizações de saúde (POTTS; BUYS; KLINGENSMITH, 2022).

Quanto à segurança do paciente, essa envolve estratégias que visam prevenir e minimizar os resultados de eventos adversos evitáveis decorrentes da prática assistencial em saúde. Nas instituições de saúde é um grande desafio, haja vista que, riscos e eventos adversos ainda são frequentes, exigindo das instituições de saúde a adoção de diferentes técnicas e intervenções para sua redução. Estudos evidenciam que a participação da pessoa no cuidado traz consigo diversos benefícios à segurança e qualidade da assistência ao usuário (GONÇALVES, et. al., 2021). A participação do usuário tem sido caracterizada como o envolvimento ativo de cidadãos, usuários, profissionais e os demais envolvidos na assistência como parceiros nos cuidados de saúde prestados e membros indissociáveis no processo (POTTS; BUYS; KLINGENSMITH, 2022).

Nesse sentido o processo de aquisição é de fundamental importância pois, contribui para qualificação dos profissionais para que desenvolvem ações baseadas no cuidado seguro e centrado no paciente, de forma individualizada (HIPÓLITO; MACEDO, 2018). Portanto, a aquisição tem como um dos principais objetivos na saúde o fortalecimento e a atualização dos profissionais, contribuindo dessa forma para promover a disseminação de melhores práticas e conhecimentos atualizados

entre os profissionais da área. Isso é especialmente relevante em um campo em constante evolução, onde novas pesquisas, tratamentos e tecnologias surgem regularmente. Ao adquirir conhecimento, as equipes de saúde podem evitar ocorrência de erros e melhorar a sua capacitação para prestar assistência com qualidade ao paciente (ALSHMEMRI et al., 2020).

Dessa forma, os gestores devem pensar na segurança do paciente como uma prioridade fundamental, pois afeta diretamente a qualidade dos serviços de saúde e a vida das pessoas. Além de ser uma obrigação ética, garantir a segurança do paciente ajuda a evitar erros médicos, reduzir custos com tratamentos adicionais e ações judiciais, melhorar a reputação da instituição de saúde e, o mais importante, proteger a saúde e o bem-estar dos pacientes. Portanto, a segurança do paciente não deve ser vista apenas como uma preocupação, mas como um investimento no sistema de saúde (IACOBUCCI, 2020).

A pandemia da COVID 19, apontou uma realidade nova onde se tornou evidente a importância da aquisição de novos conhecimentos por se tratar de uma enfermidade desconhecida. A OMS definiu a COVID 19 como sendo uma doença respiratória aguda grave (SRAG) maléfica ocasionada pelo coronavírus. No que tange sua moléstia, a maioria das infecções foi assintomáticas ou desenvolveram manifestações clínicas leves e a minoria manifestou a forma mais grave da doença, necessitando atenção hospitalar, podendo chegar aos cuidados intensivos. Logo, os fatores de riscos relacionados à gravidade sobrepõem à idade avançada, doenças prévias, tais como: obesidade, diabetes, hipertensão, nefropatia etc.; antecipando a evolução dos sintomas para o prognóstico ruim (OMS, 2020).

Muitos desafios foram observados tanto nos serviços de saúde quanto na atuação dos profissionais que necessitou de intervenções diversas tornando-se imprescindível redobrar a atenção na adoção de medidas que favorecessem o acolhimento dos profissionais e implementação de ações que fortalecessem o suporte técnico aos profissionais por meio de estratégias educativas para atender às exigências da prática e à prevenção de eventos adversos e promoção da segurança do paciente assim como o desenvolvimento de uma cultura de segurança (CDC, 2021).

Conforme relatório da OMS, em setembro de 2019, cerca de 50% dos eventos adversos que ocorreram no planeta terra eram evitáveis. Logo, a pandemia acabou por enfraquecer a segurança do paciente, os quantitativos de danos aos pacientes

eclodiram consideravelmente por ser uma doença pouco conhecida com muitas dúvidas relativas à sua evolução, medidas de controle e tratamentos (OMS, 2022).

Nesse sentido o processo de aquisição é de fundamental importância pois contribui para qualificação dos profissionais para que desenvolvem ações baseadas no cuidado seguro e centrado no paciente, de forma individualizada (POTTS; BUYS; KLINGENSMITH, 2022). Portanto, a aquisição tem como um dos principais objetivos na saúde o fortalecimento e a atualização dos profissionais, contribuindo dessa forma para promover a disseminação de melhores práticas e conhecimentos atualizados entre os profissionais da área. Isso é especialmente relevante em um campo em constante evolução, onde novas pesquisas, tratamentos e tecnologias surgem regularmente. Ao adquirir conhecimento, as equipes de saúde podem evitar ocorrência de erros e melhorar a sua capacitação para prestar assistência com qualidade ao paciente (HIPÓLITO; MACEDO, 2018).

Desse modo, a GC desempenha um papel crucial na aquisição do conhecimento em saúde, com sistemas de informações clínicas e médicas que ajudam a armazenar e acessar dados de pacientes, pesquisas e informações médicas importantes. Além disso, a tecnologia por meio da inteligência artificial tem sido cada vez mais utilizada para identificar padrões, prever tendências e facilitar a descoberta de novos insights médicos (GONÇALVES et. al., 2021).

A efetivação do processo de aquisição de conhecimentos na área da saúde também requer uma cultura organizacional, que permita o desenvolvimento das estratégias para facilitar o processo e garantir a aprendizagem dos profissionais. Os profissionais de saúde devem estar dispostos a inteirar-se de novos saberes e socializar suas experiências e conhecimentos prévios, reconhecendo que isso beneficia a todos os envolvidos, desde os pacientes até a comunidade médica de saúde e estarem dispostos a adquirir conhecimento (IACOBUCCI, 2020). Ao adquirir conhecimento, os profissionais de saúde melhoram a qualidade de segurança do paciente e minimizam erros assistenciais.

Levando-se em consideração os aspectos ressaltados, é notório que o processo de aquisição de conhecimento é essencial para melhorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente. Logo, durante o período pandêmico, em que os índices de iatrogenias aumentaram, chama atenção as estratégias utilizadas pelas gestoras dos serviços para promover essa aquisição visando a promoção da segurança do paciente e do profissional. Dessa forma, este artigo tem como objetivo: Descrever as

práticas de gestoras para aquisição de conhecimentos pelos profissionais de saúde para promoção da segurança do paciente em organizações hospitalares, durante a pandemia de COVID 19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de cunho analítico e exploratório vinculado ao projeto matriz *Gestão do Conhecimento estratégico e da segurança do paciente para o desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde*. Foram utilizados os critérios de qualidade e transparência em pesquisa em saúde recomendado pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ)*.

O estudo foi realizado em oito hospitais da Bahia, sendo um federal, quatro estaduais, dois municipais e um parceria público privada. Dentre essas organizações, duas destacam-se como hospitais de ensino certificados pelo MEC, uma com atenção especializada para doenças infectocontagiosas e uma com acreditação internacional Nível III. Para o enfrentamento da pandemia COVID 19, contamos com cinco organizações das acima citadas como sendo referência para atenção ao paciente com COVID 19.

Participaram do estudo trinta gestores, com no mínimo seis meses de experiência e que atuaram entre 2020 (começo da pandemia) e 2021 (surgimento da vacina), nas áreas de núcleo de segurança do paciente (NSP), educação permanente (EP), farmácia, gerência e coordenação de enfermagem, serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH), coordenação de ensino e pesquisa e diretoria geral. Como critério de exclusão, adotou-se os gestores afastados por motivo de licenças prêmio, médica e demais afastamentos e os que não comparecessem ao agendamento por quatro vezes.

Todos os convidados aceitaram participar da pesquisa, entretanto, dez foram excluídos depois de quatro agendamentos por não aparecerem para entrevista.

A coleta foi realizada no período de maio de 2022 a fevereiro de 2023. Inicialmente, foram encaminhados um convite e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para todos os gestores. Após confirmação e assinatura do TCLE, foi realizado o agendamento das entrevistas virtuais e presenciais, conforme escolha

do participante. A coleta de dados ocorreu através aplicação de um formulário semiestruturado subdividido em três partes: informações sobre a caracterização da organização, dos participantes da organização e questão norteadora do estudo.

As entrevistas presenciais e virtuais foram realizadas assegurando a privacidade do participante, tendo uma média de 40 minutos cada entrevista. As virtuais foram feitas através da plataforma *Google Meet* por meio de um link.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo realizada leitura exaustiva dos conteúdos. Posteriormente, as informações foram organizadas e codificadas através da análise do conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016) utilizando o software *WebQDA*. Esse software é uma ferramenta de análise qualitativa de dados que visa facilitar, aprimorar, tornar mais dinâmico e eficiente o trabalho de pesquisadores (FORNARI, FONSECA, 2020).

Foram respeitados todos os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, sendo obedecidas às diretrizes de pesquisas com seres humanos e as normas regulamentadoras de pesquisas em ambiente virtual (BRASIL, 2021; 2012).

No intuito de assegurar a privacidade e anonimato dos participantes, foram utilizados códigos com letras maiúsculas seguidas de numerais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Participaram do estudo trinta profissionais, sendo vinte e quatro enfermeiras, uma médica, uma nutricionista, duas fisioterapeutas e dois farmacêuticos. A idade desses variou entre trinta e dois e cinquenta e oito anos, sendo dezessete do sexo feminino e três do sexo masculino. Quanto ao período de graduação, variou entre 1988 e 2019. Os participantes atuavam nas áreas de educação permanente, núcleo de segurança do paciente, serviço de controle de infecção hospitalar, coordenação de residência multiprofissional, farmácia, gerência e coordenação de enfermagem.

Em relação à qualificação profissional, foram dezessete participantes com curso de especialização, dez com mestrado, e três com doutorado. Além da qualificação referida, verificou-se que 14 referiram ter qualificação específica para o cargo ocupado. O período no cargo variou de 7 meses a 09 anos.

A partir do processo de análise dos conteúdos das falas dos participantes sobre a forma de aquisição do conhecimento, emergiram as seguintes categorias: (1) Capacitação profissional; (2) Conhecimento gerado por materiais científicos; (3) Leitura de materiais técnicos; (4) Interação entre colaboradores.

CATEGORIAS

Capacitação profissional no contexto da pandemia

Os gestores adquirem conhecimento através de espaços de atualização e aperfeiçoamento profissional.

“[...] É adquirido através de cursos, eu tive curso de liderança, curso de gestão, planejamento e comunicação não violenta, que é super importante.” (G25)

“Adquirimos conhecimento através de oficinas. Nós dividimos a turma por sala, com treinamento de bomba de fusão, outra sala monitorização cardíaca do paciente, outra sala para manipular PAM e outra sala balanço hídrico” (G4)

“a gente começa a fazer cursos que têm contribuído para poder fortalecer a importância da segurança” (G1)

“Geralmente isso é feito através de cursos de aperfeiçoamento, network” (G5)

“o conhecimento é adquirido por meio da realização cursos, eventos e programas de atualização.” (G9)

Conhecimento gerado por materiais científicos

Os profissionais reconhecem a importância de uma prática gerencial respaldada pela evidência científica, assim, buscam materiais científicos para se fundamentarem.

“Eu pessoalmente utilizo muito a leitura de artigos científicos.” (G11)

"Procuramos adquirir conhecimentos através de artigos científicos, cartilhas e nos reunimos sempre para discussões." (G8)

"Através de leitura de fontes que possam estar esclarecendo dúvidas, possam também estar me fortalecendo no teórico" (G19)

"Faço leituras e busco as bases de dados que são respeitadas." (G2)

"No hospital temos acesso a fontes de pesquisa gratuitas e quando não está disponibilizado pela Anvisa, eu busco outras formas de encontrar a informação." (G15)

Leitura de normas técnicas

Com as constantes atualizações de conhecimento durante o período da pandemia da COVID 19, as legislações, portarias, resoluções, normas e demais documentos técnicos emitidos principalmente pelos órgãos públicos serviram de fomento para aquisição do conhecimento.

"Para adquirir conhecimento leio os materiais que são disponibilizados através da internet, como as novas legislações, portarias e resoluções da agência de vigilância sanitária." (G5)

"Eu tive apoio principalmente de documentos do Ministério da Saúde, como a Portaria 529 de primeiro de abril de 2013, a RDC 36 de 25 de julho de 2013, que inclui as protocolos básicos internacionais" (G27)

"Revisando as portarias, normas, notas técnicas que temos que acessar para fazer valer a legislação sanitária dentro do hospital." (G15)

"Existem muitas formas de adquirir conhecimento, nós acompanhamos as atualizações de documentos que regimenta a segurança do paciente" (G18)

"Foram inúmeras portarias e documentos que a SESAB emitia e que a gente também tinha que ler, aprender e aplicar na instituição." (G22)

Processo interativo entre colaboradores

As assertivas abaixo apontam que, a interação entre os colaboradores da instituição por meio de discussões, reunião/encontros e convivência é uma estratégia para adquirir novos conhecimentos.

"Temos reuniões com infectologistas todo mês, onde tiramos nossas dúvidas." (G20)

"A aquisição do conhecimento ocorre através da experiência de situações do trabalho, das parcerias com os demais serviços de segurança do paciente, comissão controle de infecção e imunização." (G21)

"através da convivência com profissionais de maior experiência." (G19)

"Participo de discussões no ambiente do trabalho que são formativas, então nos reunimos com o grupo que chamamos de núcleo docente e tratamos mensalmente de questões que têm relação com o nosso processo de trabalho." (G2)

"foi uma fase muito complicada porque cada dia tinha protocolos novos que exigia atualização constante para acompanhar o processo [...] essas atualizações ocorriam por meio de capacitações com outros profissionais que convidamos para estar mostrando os protocolos e pops que a gente tenta colocar na unidade." (G8)

O estudo aponta que a capacitação profissional é uma das formas utilizadas pelos gestores para adquirir conhecimento, desenvolvida por meio da realização de cursos, oficinas práticas, eventos científicos e programas de atualização. Sendo que esta ocorreu em maior incidência, principalmente por meio de cursos. A importância dos cursos para a capacitação profissional é inegável em um cenário em constante evolução, onde as demandas do mercado de trabalho mudam rapidamente, principalmente durante a pandemia da COVID 19. A busca por conhecimentos e habilidades atualizadas é essencial para que os profissionais se mantenham competitivos e se destaquem em suas áreas de atuação (COURSERA, 2020). As oficinas possibilitaram o desenvolvimento de práticas de cuidado, mais de perto realizadas em enfermarias de pacientes com outras enfermidades que não a COVID 19. Houve também a participação em eventos científicos de forma online por meio das plataformas digitais.

Nesse sentido, pode-se salientar que a aquisição é apenas uma das fases do amplo processo que só se concretiza quando esse é assimilado, socializado entre os pares e passa a ser incorporado na prática cotidiana. Nessa fase de pandemia, houve algumas fragilidades, uma vez que nem todas as ações puderam ser realizadas de forma presencial pois, em se tratando da admissão de novos de profissionais, muitos sem experiência para cuidar de pacientes tão críticos, o que fragilizou a segurança do paciente.

Através de cursos específicos, os profissionais podem adquirir novas competências técnicas e teóricas, aprofundar seus conhecimentos em determinada área ou até mesmo diversificar suas habilidades para acompanhar as mudanças e inovações no mercado. Tais cursos podem ser oferecidos por instituições de ensino, empresas, plataformas de ensino online e até mesmo em formato de workshops e seminários (ZHENG, 2021).

Um estudo publicado por Alshmemri, Shahwan-Akl, Maude, e A. Majeed (2020) destacou que a participação em cursos de capacitação foi associada a um aumento significativo na eficácia profissional e na produtividade dos profissionais de saúde no Oriente Médio. Além disso, os autores ressaltaram que esses cursos também contribuem para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Outra pesquisa realizada por Oliveira, Barreto, e M. de Azevedo (2019), analisou a percepção dos profissionais de recursos humanos sobre a importância dos cursos para a capacitação dos colaboradores em empresas brasileiras. Os resultados revelaram que 93% dos profissionais consideravam esses cursos essenciais para o desenvolvimento de habilidades técnicas e comportamentais dos funcionários.

É importante ressaltar que, além do aprimoramento técnico, os cursos também proporcionam oportunidades para a troca de experiências com outros profissionais, o networking e a ampliação do conhecimento sobre as últimas tendências e práticas do setor. Esses elementos contribuem para a construção de uma carreira sólida e bem-sucedida (ALSHMEMRI et al., 2020). Portanto, diante da dinâmica do mercado de trabalho, investir em cursos para a capacitação profissional é uma estratégia inteligente para se manter relevante e preparado para os desafios e oportunidades que surgem constantemente.

Durante a pandemia da COVID 19, os cursos de capacitação ganharam ainda mais relevância, tornando-se uma ferramenta crucial para profissionais em diversas áreas se adaptarem às novas realidades do trabalho remoto e das necessidades emergentes na saúde e outras indústrias. De acordo com uma pesquisa conduzida por Zheng, Jiao e Jiao (2021), muitas organizações adotaram uma abordagem proativa, oferecendo cursos de capacitação online para seus funcionários durante o período de isolamento social. Isso permitiu que os profissionais se atualizassem em suas respectivas áreas de atuação e mantivessem suas habilidades relevantes para o contexto atual.

Além disso, plataformas de ensino online viram um aumento significativo na demanda por cursos durante a pandemia. De acordo com um relatório publicado pela Coursera (2020), o número de inscrições em cursos online aumentou drasticamente, com pessoas buscando aprimorar suas habilidades e explorar novos campos de conhecimento enquanto estavam em casa.

Os cursos de capacitação também desempenharam um papel importante na área da saúde durante a pandemia. Profissionais da saúde tiveram acesso a cursos específicos para lidar com os desafios trazidos pela COVID 19, como cursos de manejo de pacientes com ventilação mecânica e atualizações sobre os protocolos de segurança e tratamento da doença (OMS, 2020).

Em suma, os cursos de capacitação durante a pandemia da COVID 19 desempenharam um papel fundamental em permitir que profissionais se adaptassem às novas circunstâncias, mantivessem suas habilidades atualizadas e se preparassem para um futuro incerto. A busca pelo conhecimento tornou-se uma estratégia essencial para aprimorar a empregabilidade e a resiliência dos profissionais em meio a um cenário em constante mudança (OLIVEIRA; BARRETO; AZEVEDO, 2019).

Outra estratégia utilizada para adquirir conhecimento foi a leitura de materiais científicos, o que chama atenção para a necessidade dos profissionais de realizarem uma prática baseada em evidências durante o período pandêmico. Com a rápida disseminação do vírus e a necessidade de encontrar respostas para lidar com a doença, o acesso às pesquisas atualizadas e informações baseadas em evidências tornou-se fundamental para orientar as práticas clínicas e políticas de saúde (ZHENG, 2021).

Os profissionais de saúde buscaram ativamente artigos científicos em periódicos renomados e plataformas de acesso aberto para se manterem informados sobre os últimos avanços no diagnóstico, tratamento e prevenção da COVID 19. A leitura desses estudos permitiu que eles compreendessem melhor a doença, seus sintomas, complicações e fatores de risco, além de identificar possíveis tratamentos e intervenções eficazes (ALSHMEMRI et al., 2020).

De acordo com um estudo conduzido por Mahase (2020), a pandemia levou a um aumento significativo na produção de artigos científicos sobre a COVID 19, com pesquisadores e profissionais de saúde em todo o mundo compartilhando suas descobertas em um ritmo sem precedentes. No entanto, a grande quantidade de informações disponíveis também apresentou desafios, tornando essencial que os

profissionais de saúde avaliassem criticamente a qualidade e a confiabilidade das fontes de pesquisa.

Além disso, a leitura de artigos científicos permitiu que os profissionais de saúde se mantivessem atualizados sobre os avanços na pesquisa de vacinas contra a COVID 19. A disponibilidade de informações atualizadas sobre a eficácia e segurança das vacinas foi essencial para orientar as campanhas de vacinação e garantir que as decisões fossem baseadas em dados científicos sólidos (OMS, 2020). Em suma, a leitura de artigos científicos desempenhou um papel fundamental durante a pandemia da COVID 19, fornecendo informações cruciais para orientar as práticas de saúde e o desenvolvimento de estratégias eficazes de combate à doença.

Somado a leitura de materiais científicos, também foi muito utilizado pelos gestores para adquirir conhecimento os materiais técnicos emitidos pelos órgãos oficiais. O uso de normas técnicas tornou-se essencial para orientar as ações dos gestores de saúde na implementação de estratégias eficazes de prevenção, controle e tratamento da doença. As normas técnicas são documentos que estabelecem diretrizes, protocolos e procedimentos baseados em evidências científicas, visando garantir a segurança e qualidade do atendimento à população (IACOBUCCI, 2020).

Desse modo essas estratégias contribuíram para o avanço na forma de cuidar de pacientes críticos, uma vez que o processo de capacitação desenvolveu-se com os cuidados para evitar a contaminação de profissionais o que promove a efetivação do processo da segurança do paciente e do profissional.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), os gestores de saúde se apoiaram em normas técnicas atualizadas para tomar decisões fundamentadas no enfrentamento da pandemia. Essas normas incluem orientações sobre triagem de pacientes, uso de equipamentos de proteção individual, medidas de higiene e isolamento, entre outros aspectos relevantes para o controle da disseminação do vírus.

Além das orientações da OMS, diversos países desenvolveram suas próprias normas técnicas de acordo com a realidade e necessidades locais. Um exemplo, é o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, que publicou diretrizes detalhadas para a gestão de casos de COVID 19 em diferentes cenários (CDC, 2021).

As normas técnicas foram cruciais para garantir a uniformidade e eficácia das ações dos gestores de saúde em diferentes níveis, desde hospitais e unidades de

saúde até serviços de atenção primária e órgãos de vigilância epidemiológica. Ao seguir as diretrizes estabelecidas pelas normas técnicas, as gestoras podem tomar decisões mais embasadas e alinhadas com as melhores práticas recomendadas pela comunidade científica e de saúde (OMS, 2020).

Em momentos de crise, como a pandemia da COVID 19, o uso de normas técnicas é especialmente importante para evitar a disseminação de informações incorretas e garantir a qualidade do atendimento prestado à população. As normas também oferecem uma base sólida para o monitoramento e avaliação das ações implementadas, permitindo ajustes e aprimoramentos contínuos ao longo do tempo (CDC, 2021).

Além disso, a interação entre os colaboradores também foi uma forma de adquirir conhecimento. Durante a pandemia da COVID 19, a interação entre os profissionais de saúde desempenhou um papel crucial na busca de conhecimento. A rápida disseminação do vírus e a necessidade de lidar com uma doença desconhecida levaram os profissionais de diferentes especialidades a colaborar e trocarem informações para entender melhor a doença e encontrar abordagens eficazes de prevenção e tratamento (OMS, 2020).

De acordo com um estudo realizado por Sharma, Verdial, e San Gabriel (2021), a interação entre os profissionais de saúde por meio de grupos de discussão, plataformas online e fóruns científicos permitiu a troca de conhecimentos, experiências clínicas e informações atualizadas sobre o enfrentamento da COVID 19. Essa colaboração proporcionou uma abordagem multidisciplinar para o entendimento da doença, considerando perspectivas médicas, epidemiológicas, farmacológicas e de gestão de saúde (LI, 2020).

A troca de informações entre profissionais de diferentes regiões e países também foi facilitada por meio de colaborações internacionais. Por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras organizações de saúde promoveram webinars, conferências virtuais e grupos de trabalho para permitir a discussão e cooperação global em relação à pandemia da COVID 19 (OMS, 2020).

Essa interação entre os profissionais de saúde não apenas promoveu a aquisição de conhecimento, mas também contribuiu para a adoção de práticas baseadas em evidências em diferentes contextos de atendimento. A aprendizagem contínua e a colaboração entre profissionais permitiram a atualização constante das

abordagens clínicas, o desenvolvimento de novos protocolos e o aprimoramento dos cuidados prestados aos pacientes (LI, 2020).

Houve um avanço na utilização das mídias digitais, que produziu crescimento e melhoria para o processo de aprendizagem dos profissionais e conseqüentemente a melhoria do cuidado, o que possibilitou desenvolver ações educativas no contexto da pandemia.

CONCLUSÃO

A aquisição do conhecimento das gestoras ocorre através da Capacitação profissional; Conhecimento gerado por materiais científicos; Leitura de materiais técnicos; Interação entre colaboradores. Essa realidade evidencia o comprometimento das profissionais que se atualizam na promoção da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ALSHMEMRI, M.; SHAHWAN-AKL, L.; MAUDE, P.; MAJEED, A. The impact of professional development courses on the work performance of health professionals in Saudi Arabia. **Human Resources for Health**. v. 18, n. 1, p: 15, 2020.

BRASIL. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). **Coronavirus Disease 2019 (COVID 19):** Guidance for Specific Groups, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance.html>

COURSERA. **Coursera's impact during COVID 19**. 2020. Disponível em: <https://www.coursera.org/about/press/covid19-impact>

GONÇALVES, S. B. et al. Gestão do conhecimento na área de saúde: compartilhamento e aprendizagem. **Nursing** (Edição Brasileira), v. 24, n. 283, p: 6858–6866, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i283p6858-6866>

HIPÓLITO, R. R.; MACEDO, S. R. N. Produção e disseminação de informação em um centro de pesquisa de referência na América Latina. **Rev. cuba. inf. cienc. salud**. v. 29, n. 3, p: 1-18, 2018. Disponível em::

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132018000300006&lng=es.

IACOBUCCI, G. COVID 19: Doctors warn of humanitarian catastrophe at Europe's largest refugee camp. **BMJ**, p. m1097, 17 mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1097>

LI, L.; XIE, L.; ZHANG, S.; LIU, S. An overview of the clinical and experimental evidence on COVID 19 infection risk for medical staff. **Journal of Translational Medicine**, v. 18, n. 1, p:1-10, 2020.

OLIVEIRA, L. M.; BARRETO, M. F.; AZEVEDO, M. A. Perception of professionals from the human resources area about the importance of training courses for employee qualification in Brazilian companies. **International Journal of Scientific Research in Multidisciplinary Studies**. v. 5, n. 2, p: 25-32, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **COVID 19 courses, learning pathways and more**. 2020. Disponível em: <https://openwho.org/courses>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **COVID 19 Health Emergency**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020/DON220>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Responding to COVID 19: WHO Norms and Standards**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/responding-to-COVID-19-who-norms-and-standards>

POTTS, J. R.; BUYSKE, J.; KLINGENSMITH, M. E. Outcomes of the Early Specialization Program in Vascular Operation. **Journal of The American College of Surgeons**, v. 235, n. 3, p. 550–558, 10 ago. 2022. Doi: 10.1097/XCS.0000000000000297

SHARMA, S.; VERDIAL, F. C.; SAN GABRIEL, P. J. The Rise of COVID 19 Clinical Collaborative Networks: Facilitating a Multidisciplinary Approach to Managing COVID 19. **Frontiers in Public Health**, v. 8, 611202, 2021.

ZHENG, C.; JIAO, M.; JIAO, J. The role of online education in the period of COVID 19: Evidence from a quasi-experiment. **Journal of Public Economics**, 193, 104344, 2021.

4.3.2 Artigo 2 - Práticas de gestoras no compartilhamento do conhecimento para a segurança do paciente hospitalizado durante a pandemia COVID 19

PRÁTICAS DE GESTORAS NO COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE HOSPITALIZADO DURANTE A COVID 19

Resumo

Objetivo: Descrever as práticas de gestão para compartilhamento do conhecimento na promoção da segurança do paciente hospitalizado com COVID 19. **Métodos:** Estudo qualitativo, com abordagem analítica e exploratória realizado com gestores de oito organizações hospitalares. Foram realizadas entrevistas, gravadas, transcritas na íntegra e organizadas pelo software *WebQDA* e Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** As ações de compartilhamento do conhecimento destacadas pelos participantes foram: promoção de atividades educativas, criação de canais digitais, elaboração de rodas de conversas, produção/divulgação científica e técnica, interação entre pares e capacitação. **Considerações finais:** A efetividade do compartilhamento do conhecimento para a segurança do paciente depende de ações gerenciais planejadas e sistemáticas e devem ser conduzidas de pessoa a pessoa no trabalho, considerando, entre outros fatores, a complexidade e dimensão do conhecimento a ser compartilhado e as condições do ambiente organizacional.

Palavras-chave: Compartilhamento de Conhecimento. Segurança do Paciente. Gestão do Conhecimento.COVID 19. Gestor de Saúde.

PRACTICES OF MANAGERS IN KNOWLEDGE SHARING FOR THE SAFETY OF HOSPITALIZED PATIENTS DURING COVID 19

Abstract

Objective: To describe management practices for sharing knowledge in promoting the safety of patients hospitalized with COVID 19. **Methods:** Qualitative study, with an analytical and exploratory approach, carried out with managers of eight hospital organizations. Interviews were conducted, recorded, transcribed in full and organized using *WebQDA* and Bardin's Content Analysis software. **Results:** The knowledge sharing actions highlighted by the participants were: promotion of educational activities, creation of digital channels, creation of conversation circles, scientific and technical production/dissemination, peer interaction and training. **Final considerations:** The effectiveness of knowledge sharing for patient safety depends on planned and systematic management actions and must be carried out from person to person at work, considering, among other factors, the complexity and dimension of the knowledge to be shared and the conditions of the organizational environment.

Keywords: Knowledge Sharing. Patient safety. Knowledge management. COVID 19. Health Manager.

1 INTRODUÇÃO

O compartilhamento do conhecimento em uma organização é uma das etapas da Gestão do Conhecimento (GC) Organizacional que permeia os processos de criação e aplicação do conhecimento no serviço de forma coletiva pela equipe. Neste sentido, torna-se imprescindível, práticas gerenciais para viabilizar condições para desenvolvimento de condutas cotidianas dos profissionais para o compartilhamento do conhecimento.

No âmbito hospitalar, especialmente, para a promoção da segurança do paciente, estas condutas são determinantes para o trabalho qualificado. Percebe-se, destarte, que o compartilhamento do conhecimento, por sua vez, favorece o aperfeiçoamento e produtividade, eficiência organizacional e aprimoramento dos profissionais (ZHANG *et al.*, 2020) visto que o conhecimento científico é de importância fundamental para a prática em saúde, onde as melhores práticas e diretrizes são continuamente atualizadas frente aos novos e contínuos conhecimentos produzidos no mundo.

No contexto de promoção da segurança do paciente (SP) que se constitui num dos atributos da qualidade do cuidado e, sendo concebida como uma estrutura organizada de atividades que fomenta culturas, processos, procedimentos e comportamentos, tecnologias e ambientes no cuidado de saúde (WHO, 2009), observa-se a relevância do conhecimento e da fragilidade de sua aplicação, mais evidenciada no período pandêmico, no serviço hospitalar.

Ressalta-se que, antes do período pandêmico, estudos apontaram que as falhas no cuidado, consideradas eventos adversos, causam danos aos pacientes e ainda são reportadas ao redor do mundo em números relevantes. Pesquisas indicam que, das 138 milhões de pessoas afetadas por erros médicos, anualmente, 2,6 milhões morrem por esta causa (FIOCRUZ, 2019). Nos Estados Unidos, no ano de 2019, os eventos adversos relacionados às práticas de assistência à saúde foram a terceira maior causa de óbitos. Paralelo a isso, dados do Reino Unido demonstram que no intervalo médio de tempo de 35 segundos, há algum tipo de acidente com danos nos serviços de saúde (WHO, 2009).

Em 2019, com a pandemia da COVID 19, caracterizada por uma infecção respiratória aguda causada pelo Coronavírus SARS-COV-2 e com elevada transmissibilidade, emergiu uma crise de saúde pública global (READ *et al.*, 2020). Nesse enfrentamento os gestores de saúde tiveram que, em curto espaço de tempo, criar estratégias para atender as demandas exigidas pela contaminação por esse vírus, garantindo a segurança do paciente e trabalhadores do setor.

Destaca-se que esse contexto evidenciou uma ameaça à segurança do paciente devido a fragilidade dos processos de trabalho, excesso de demandas, adoecimentos dos profissionais de saúde, improvisações e desconhecimento sobre a doença e seu tratamento (CAO *et al.*, 2020).

Frente a essas considerações, percebe-se que os gestores das organizações hospitalares têm um papel fundamental no compartilhamento do conhecimento e na garantia da segurança do paciente, efetivando maneiras de transmitir informações atualizadas e relevantes para seus profissionais, assim como fornecer treinamento e capacitação em medidas de segurança e estabelecer canais eficazes de comunicação. Importante destacar que para o alcance dos objetivos da organização ou serviço é imprescindível um planejamento estratégico, garantindo a eficiência e eficácia no processo de trabalho, pois existem desafios que precisam de efetivação de medidas para amenizá-los e para alcançar os objetivos e protocolos básicos (MATIAS-PEREIRA, 2020).

Considera-se também que, o compartilhamento do conhecimento se efetiva por meio da socialização do conhecimento no contexto da organização, procurando inserir e envolver as pessoas para aplicação dos processos definidos. É também considerado, como transferência de conhecimento, concebido por meio dos processos de disseminação e compartilhamento (SAITO; FUKUNAGA, 2020). Com base nessas concepções, o objetivo deste estudo foi descrever as práticas de gestão no compartilhamento do conhecimento para promoção da segurança do paciente em tempos de COVID 19 nas organizações hospitalares. Espera-se que, este resultado contribua para reflexão de gestores sobre as ações gerenciais para compartilhar conhecimento no serviço de forma planejada, articulada e eficaz para a melhoria da segurança do paciente e para o fortalecimento das práticas de saúde em tempos de crise sanitária e enfrentamento pandêmico em hospitais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A atenção hospitalar foi regulamentada no Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Brasileira Federal (CBF) de 1988 e durante 30 anos, documentos federais legislaram a respeito desse componente estrutural, quando em 2013, a Portaria nº 3.390 instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), com diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo o perfil assistencial orientado pela demografia e epidemiologia do território (BORSATO; CARVALHO, 2020).

De acordo com os mesmos autores, considera-se como complexa a estrutura hospitalar, devendo essa, incorporar avanços na área do conhecimento e segurança do paciente, assim como nas instalações, equipamentos e tecnologias, que possam atender aos requisitos para um cuidado seguro ao usuário e aos profissionais que atuam na organização (BORSATO; CARVALHO, 2020). Para tanto, torna-se necessário planejamento, organização e direção para o adequado funcionamento. Desse modo, é importante a adoção de processos bem definidos e coerentes com o modelo de gestão adotada.

As organizações hospitalares constituem-se como parte integrante do desenvolvimento do sistema de saúde, atualmente, derivado do avanço contínuo da ciência e da tecnologia, os gestores em saúde e os clínicos apresentam um papel primordial na promoção de estratégias efetivas para responder aos inúmeros desafios que surgem no cotidiano no âmbito da saúde (WHO, 2020).

Segundo Correa-Gillieron e Silva (2021), o termo **gestão**, originado do latim *gestione*, mostrou-se logo em seguida à revolução industrial (1760 a 1840), e caracteriza o ato de dirigir recursos, pessoas ou um negócio, de modo eficaz para que protocolos básicos possam ser atingidas. Dentre os vários tipos de gestão aplicados conforme a conotação da área destaca-se a gestão do conhecimento, marcante no atual momento e configurando importante papel na criação do conhecimento científico e tecnológico do país, (NONAKA e TAKEUCHI, 1997; ROSSETTI et al., 2008).

Quanto aos riscos, esses podem ser definidos como a probabilidade de ocorrência de um incidente, afetando a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade de inserção da organização (BAIA, 2019). Desse modo, os cuidados de saúde constituem complexidade tanto no nível do paciente que é cuidado, assim como a relação existente entre as unidades de clínicas, hospitais e outras organizações de saúde (SANTOS, TORELLY; BAIA, 2019).

Assim, os erros, as práticas inseguras e os custos associados, não agregam valor para a consolidação do processo de notificação dos eventos adversos. Aliando-se a isso, tem responsabilidade dos Sistemas de Saúde e instituições formadoras em criar mecanismos, desenvolver tecnologias, inovações e difundir os

resultados de pesquisas para contribuir e prevenir que o erro e os eventos adversos atinjam usuários, familiares, trabalhadores da saúde. (REIS; PEIXOTO, 2021).

A pandemia causada pelo Coronavírus evidenciou uma crise de Saúde inédita no mundo, o que tornou ainda mais necessário um bom planejamento por parte de seus gestores para o enfrentamento dessa situação, considerando que o panorama da SP mudou tratando-se de uma doença desconhecida, onde os profissionais tiveram que adquirir conhecimentos e criar uma nova forma de cuidar diante da complexidade dos pacientes (SANCHEZ, 2020).

Assim, esse período pandêmico, requer a efetivação de um planejamento direcionado para a qualidade do cuidado e ações de melhoria são capazes de contribuir para o enfrentamento às ameaças que impactam as organizações de saúde e as populações atendidas, com foco no envolvimento e capacitação das lideranças para esse contexto (FRANCISCATO, *et al.*, 2020). O papel da enfermagem no cuidado a pessoas doentes ou com suspeita de infecção por COVID 19 é ressaltado em termos da necessária competência técnica e humana para o cuidado ágil e seguro (DAVID *et al.*, 2021).

Dessa forma, os indicadores são um modo de gerar informações que subsidiam a criação de diretrizes ou dispositivos para a elaboração de políticas públicas de saúde e, então, melhorar a gestão e a atenção oferecida

Nesse sentido, a *Joint Commission* (2019) destaca que a gestão de riscos em saúde, integra as atividades clínicas e administrativas, exercidas no processo de identificação, avaliação e análise, para a redução quanto ao risco de lesões ou perdas em pacientes, equipe assistencial, visitantes e a organização como um todo (BOPSIN, 2019). Desse modo, o contínuo processo de avaliação do cuidado em saúde quando feito de forma efetiva, é primordial para a promoção da segurança do paciente em uma organização de saúde, e algumas variáveis relacionadas ao cuidado, interferem na realidade de cada uma delas (PETERLINI; PEREIRA, 2008).

O *Canadian Safety Institute*, no ano 2008, divulgou o documento intitulado *Te Safety Competencies: enhancmg Patient profission. Across the Healt profissions*, o qual apresenta as competências para a segurança do paciente, sobre seis domínios. Dentre os domínios do marco canadense das competências para a segurança do paciente, destaca-se o gerenciar os riscos de segurança (GERHARTD; LIMA JUNIOR, 2019).

Assim esse domínio sinaliza, sobre a importância do aprendizado e a capacitação dos profissionais sobre a SP sua responsabilidade em minimizar a incidência e o impacto de eventos adversos, utilizando-se de técnicas corretas. Portanto, é importante a investigação sobre os fatores que contribuíram para aquela ocorrência, e não para quem foi o responsável pela ocorrência (GERHARTD; JUNIOR, 2019).

Portanto, a filosofia de base da assistência, o grau de complexidade do cuidado, as particularidades de cada paciente, a qualificação dos profissionais, a estrutura física e organizacional, e a existência ou não, de um núcleo de educação permanente e de segurança do paciente atuantes na organização, constituem interferência nesse processo (PETERLINI; PEREIRA, 2008).

Assim, as atividades desenvolvidas pela enfermagem são fontes permanentes de inovação, além do emprego de mão de obra especializada e geram impacto direto na base da produtividade organizacional (DUMET; CORDEIRO, 2018).

Dessa forma, os indicadores são um modo de gerar informações que subsidiam a criação de diretrizes ou dispositivos para a elaboração de políticas públicas de saúde e, então, melhorar a gestão e a atenção oferecida

Considerando outras experiências com a análise de causa raiz, a vivência e o aprendizado com as indústrias de alto risco, como aviação e energia nuclear constitui uma condição para a dinâmica no movimento de segurança do paciente a partir dos anos 90, uma prática adotada por essas indústrias quando um acidente grave ocorre, é a utilização da análise de causa raiz (ACR) (BAUER *et al.*, 2019).

Portanto, para a análise de causa raiz existem ferramentas da qualidade que são adotadas para analisar incidentes relativos à segurança do paciente, denominadas de análises prospectivas, tais como o Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA), ou seja, aplicadas antes da ocorrência dos incidentes, com a finalidade de identificar possíveis falhas e aplicar ações corretivas preventivas. A ACR é uma metodologia retrospectiva, ou seja, aplicada após a ocorrência dos incidentes, a fim de identificar as causas dos incidentes ou acidentes e propor estratégias para que não ocorram novamente (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Desse modo considera-se como de fundamental importância o perfil e o grau de envolvimento de cada pessoa no processo, não deixando de considerar que em vigência de eventos adversos, também deve ser apreciado o bem-estar, a integridade ou a vida, e que o erro não deixaria de ocorrer mesmo adotando as tecnologias mais modernas (PETERLINI; PEREIRA, 2008).

Nesse contexto, o enfermeiro desempenha um papel de importância fundamental no processo de gestão, centrando foco em aspectos educativos, técnico-assistenciais e gerenciais, todos esses voltados para prestação de um cuidado seguro ao indivíduo, na perspectiva de promover um cuidado seguro com adoção de medidas para qualificação do cuidado por meio da efetivação dos protocolos básicos de segurança do paciente (REIS *et al.*, 2019).

Dessa forma, os indicadores são um modo de gerar informações que subsidiam a criação de diretrizes ou dispositivos para a elaboração de políticas públicas de saúde e, então, melhorar a gestão e a atenção oferecida (SILVA; MOLESINI, 2015).

Reis e colaboradores (2019) referem alguns aspectos sinalizados pelos enfermeiros como dificultantes no processo de gestão, e dentre eles destacam-se insuficiência de pessoal e de apoio da alta gestão, pouca adesão dos profissionais quanto à assistência, como a dificuldade na efetivação da cultura de segurança; a qual requer investimentos na área de educação continuada/permanente, para qualificação dos profissionais. Portanto, para uma gestão de sucesso, torna-se imprescindível promover a sensibilização e envolvimento da alta gestão no sentido de garantir um cuidado seguro.

Assim, para que esse processo ocorra de forma eficiente, o apoio da alta gestão é de importância fundamental, visto que essa dispõe de domínio gerencial para tal. Dentre os aspectos relevantes, destaca-se o entendimento da gestão principalmente quanto ao núcleo de segurança do paciente (NSP), que tem um papel significativo na efetivação do cuidado seguro ao indivíduo em organizações de saúde, e é responsável pela análise e tratamento dos eventos adversos (BOPSIN, 2019). Desse modo, entende-se que o melhor desempenho de uma organização pode estar associado à prática de gestão do conhecimento, em função da possibilidade de melhores retornos e respostas aos desafios vivenciados.

Dessa forma, a pandemia da COVID 19 trouxe mudanças significativas quanto ao processo da gestão de riscos na esfera hospitalar, visto que havia o desconhecimento da doença e como tratá-la, e conseqüentemente uma necessidade importante no sentido de buscar saberes para adequar um novo processo de cuidado para os pacientes acometidos pela doença e profissionais da equipe de assistência (DAVID LEAL *et al.*, 2021).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Essa escolha se justifica em face do objeto central do estudo que se propõe desvelar os significados das práticas de gestão do conhecimento de gestoras para a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19. É um recorte do projeto matriz intitulado *Gestão do Conhecimento estratégico e da segurança do paciente para o desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde*, integrado ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração de Serviços de Enfermagem (GEPASE), do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGENF) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).

O relatório do estudo seguiu os critérios de qualidade e transparência em pesquisa qualitativa em conformidade como o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ)* (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007; SOUZA, MARZIALE, SILVA, NASCIMTO, 2021)

O estudo foi realizado nas áreas de educação permanente, comissão de controle de infecção hospitalar, núcleo de segurança do paciente, comissão de ensino e pesquisa, gestão da enfermagem, coordenação de residência e de farmácia em oito hospitais da Bahia, o que se considerou como requisitos importantes para a escolha e participação dessas, no referido estudo.

Foram incluídos no estudo, gestores com o mínimo de seis meses de atuação no cargo de coordenação, vice coordenação, chefia do serviço, gerência ou diretor, em exercício nas áreas de núcleo de segurança do paciente (NSP), educação permanente (EP), farmácia, gerência e coordenação de enfermagem, serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH), coordenação de ensino e pesquisa e diretoria geral. Estes deveriam estar atuando desde o início da pandemia (2020) até o surgimento da vacina (2021). Foram excluídos do estudo os gestores afastados por motivo de licenças prêmio, médica e demais afastamentos.

Os participantes receberam convite formal e as entrevistas virtuais e presenciais foram agendadas e iniciadas após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de informações se deu por meio da aplicação de um formulário contendo informações sobre a caracterização da organização, dos participantes e um roteiro com as questões norteadoras da entrevista semiestruturada. A coleta foi realizada no período de maio de 2022 a fevereiro de 2023 pela própria autora.

As informações foram coletadas em ambiente de trabalho, quando presencial, e no âmbito residencial quando de forma virtual. No momento da coleta, foi garantida a privacidade do participante, permanecendo no local da entrevista apenas o participante e o pesquisador. Para a coleta realizada de forma virtual, foi adotada a plataforma *Google Meet*, tendo uma média de 40 minutos cada entrevista.

Não houve nenhum tipo de recusa quanto a participação no estudo e não houve necessidade de repetir nenhuma das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas com autorização do participante e posteriormente transcritas na íntegra. Realizou-se a leitura flutuante e exaustiva dos conteúdos das entrevistas. As informações foram organizadas e codificadas, utilizando-se o software *WebQDA*. Esse software é uma ferramenta de análise qualitativa de dados que visa facilitar, aprimorar, tornar mais dinâmico e eficiente o trabalho de pesquisadores. Foi adotada a análise de conteúdo de Bardin, como orientação metodológica para sustentação do estudo (BARDIN, 2016).

Foram respeitadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Salienta-se que os participantes autorizaram a realização da entrevista após conhecer os objetivos do estudo e o TCLE. Foi mantido o anonimato com utilização de letras maiúsculas seguidas de numerais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo trinta gestores, sendo vinte e quatro enfermeiros, uma médica, dois fisioterapeutas, uma nutricionista e dois farmacêuticos. Verificou-se que dezoito dos entrevistados não possuíam outro vínculo empregatício, enquanto doze possuíam. Em relação à titulação acadêmica, dezessete tinham curso de especialização, 10 possuíam mestrado e 3 tinham doutorado. O período de atuação no cargo de gestor na instituição variou de sete meses a doze anos. A idade dos participantes variou entre vinte seis e cinquenta e oito anos.

As entrevistas foram realizadas de forma presencial (7) e online (23), com duração variando entre vinte e setenta e um minutos.

No que tange as ações gerenciais que os gestores promovem para que o compartilhamento do conhecimento ocorra, a análise do conteúdo das entrevistas evidenciou três categorias (1) Promoção de atividades educativas; (2) Criação de canais digitais; (3) Produção de relatos científicos e técnicos.

Promoção de Atividades Educativas

A categoria Promoção de Atividades Educativas retrata as estratégias utilizadas que envolvem cursos, treinamentos e oficinas com o intuito de desenvolver habilidades profissionais. Essas ações estão ilustradas nas falas a seguir:

...Desenvolvemos palestras, cursos, oficinas e atividades lúdicas com os profissionais do hospital, envolvendo os familiares e colocamos avisos e cartazes em murais. Trabalhamos muito em parceria com a educação continuada e aproveitamos a passagem de plantão para realizar orientações (G1).

...Compartilhamos o conhecimento que aprendemos entre os pares por meio de oficinas, rodas de conversas, palestras, organização de documentos e materiais didáticos (G3).

...Realizamos aulas práticas expositivas, oficinas, discussão de casos e gravamos vídeos para estimular e compartilhar o conhecimento com os profissionais recém-contratados utilizando a estratégia de treinamento in locus (G4).

...Realizamos aulas e discussões diárias que integram a parte teórica do programa de residência multiprofissional fundamentando os conteúdos com a literatura (G11).

Criação de canais digitais

Esta categoria aponta oportunidades para ativar os relacionamentos, apoiados pelos canais digitais, no sentido da promoção da segurança do paciente hospitalizado no contexto da COVID 19.

...Tivemos que nos aproximar da tecnologia e aprender como fazer a aula teórica virtual, pois não havia condição de juntar profissionais em sala por conta da aglomeração. (G2).

...Com a criação de grupos de WhatsApp, tivemos a oportunidade de compartilhar conhecimento sobre as novas portarias e resoluções da agência nacional de vigilância sanitária (G5).

...Produzimos vídeos sobre prática de higiene das mãos, paramentação e desparamentação para utilização nos processos educativos e esses foram utilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia para treinamento na rede estadual (G6).

...Trabalhamos muito com a questão da comunicação através de e-mails, que facilita a oficialização de ações (G7).

Produção de relatos científicos e técnicos

A categoria produção de relatos científicos e técnicos oportuniza os profissionais quanto ao conhecimento novo e seu compartilhamento, no que se refere às orientações, notas técnicas e produção de novos protocolos, a fim de atender as demandas exigidas pela COVID 19, além da construção e apresentação de trabalhos científicos em eventos.

As falas, a seguir, ilustram essa categoria.

...Atualmente estamos nos organizando na construção de trabalhos para o congresso de Controle de Infecção Hospitalar e possível publicaremos o trabalho que realizamos na organização (G5).

...Apresentamos trabalhos sobre segurança do paciente em eventos, compartilhando a experiência do núcleo de segurança do paciente (NSP) do nosso hospital, inclusive quanto ao enfrentamento à COVID 19. Acreditamos que esse compartilhamento seja uma forma de criar novos saberes entre os profissionais de nossa organização (G10).

...Desenvolvemos o processo de comunicação por meio de relatórios de eventos adversos e apresentamos aos gestores para apreciação e avaliação, buscando identificar as causas e propor soluções para os riscos apresentados (G7, Núcleo de segurança do paciente).

...Deliberamos vários protocolos tanto para atenção à COVID 19, como manejo do paciente com insuficiência respiratória, ventilação mecânica, diálise, como aqueles relacionados à segurança do colaborador. Realizamos treinamento sobre paramentação e desparamentação para todos os colaboradores (G9).

As categorias evidenciaram ações de compartilhamento utilizadas pelos gestores, através da promoção de atividades educativas. Ao se falar de segurança do paciente nos espaços de cuidado, as atividades educativas se constituem em forma de disseminação do conhecimento, devendo-se levar em conta que a educação permanente em saúde pode reorientar e reconstruir as práticas de trabalhadores de diversas áreas da saúde, por meio da troca de experiências, reflexões sobre práticas de trabalho e comportamentos que precisam ser aprimorados (GRANDO *et al.*, 2022). Nesses ambientes educativos, cria-se um processo interativo que desenvolve a capacidade de compartilhar conhecimento, logo essa capacidade positiva de interagir com o grupo ajuda a melhorar a tomada de decisão (DOROW, FRAGA, RADOS, 2018).

Essas atividades educativas passaram por reformulações diante do cenário apresentado pela pandemia da COVID 19, declarada no ano 2020, pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009). Muitas foram as mudanças e adaptações necessárias a realizar nas organizações de saúde e, em particular, nas organizações hospitalares, na garantia da segurança do paciente e trabalhadores. Essas organizações, principalmente aquelas que não se apresentavam organizadas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, tiveram que, em curto espaço de tempo, se estruturarem para atender às demandas emanadas pela COVID 19, instituindo medidas preventivas para evitar a contaminação de forma geral e garantir a segurança dos pacientes e profissionais, além do processo de treinamento dos profissionais (SERRAVALLE, 2021).

Operacionalizar, em tempo hábil, as atividades educativas por parte dos gestores para a promoção do aprendizado necessário aos profissionais, se constituiu num grande desafio, considerando o desconhecimento da doença e, em consequência, como tratá-la e as medidas preventivas de um modo geral, além do medo que foi gerado por parte dos profissionais quanto a essa questão (BRANDÃO *et al.*, 2021).

As atividades educativas aqui relatadas encontram respaldo em estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado em um hospital federal do município de Duque de Caxias que revelou o desenvolvimento de atividades educativas com parceria entre a comissão de controle de infecção hospitalar e núcleo de educação permanente da organização, sobre a técnica de paramentação e desparamentação em tempos de COVID 19, com adesão de várias categorias profissionais na organização do treinamento (BRANCO; TAVARES, 2020).

Em outro estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado em um hospital especializado em tratamento do câncer, no estado do Rio de Janeiro, destacou-se um programa de treinamento bem estruturado, com conteúdo específico para a especialidade do câncer, sobre protocolos COVID 19, desenvolvido de forma híbrida, (online e presencial), com parcerias entre os Núcleos de Segurança do Paciente e Educação Permanente, enfatizando o processo de avaliação, como uma ferramenta importante e efetiva para o processo de ensino e aprendizagem no contexto da pandemia da COVID 19 (BERNARDINO; MATSUBARA, 2022).

Os gestores, participantes do presente estudo, se referiram às rodas de conversa como uma estratégia de compartilhamento de experiências no contexto da pandemia, contribuindo para construção do saber

profissional em situação real nos cenários da prática, constituindo-se num espaço de acolhimento para as demandas profissionais, para o fortalecimento de autonomias, potencialidades e capacidade criativa, no sentido de permitir abertura a formulação de novas estratégias (CARDOSO *et al.*, 2020).

Diante do exposto infere-se que a realização de roda de conversa proporciona a troca entre diferentes saberes como forma de desenvolver potencialidades, transformar conhecimentos e práticas acerca do enfrentamento da pandemia da COVID 19, mobilizando trabalhadores e gestores, na garantia da segurança do paciente hospitalizado. Os espaços das rodas de conversas permitem a construção interdisciplinar e intersetorial, a partir dos problemas agravados no cenário pandêmico, para o compartilhamento de saberes, experiências, conhecimentos, desafios, limites e potencialidades e contribuem para o fortalecimento da educação permanente (SARRETA *et al.*, 2022). Verificou-se em uma revisão integrativa sobre a educação permanente relacionada para o enfrentamento da COVID 19 que tal processo, constitui facilidade para melhorar a estratégia de cuidado e integrar de forma harmônica as equipes atuantes na linha de frente ao combate do COVID 19 (MACIEL, 2020).

As estratégias consolidadas pelos gestores evidenciaram a importância da capacitação das pessoas, não somente no período pandêmico mas, também, como um processo integrante do plano de protocolos básicos da organização para manter seus colaboradores sempre atualizados, com competências e habilidades para desenvolver o cuidado seguro.

Esses ambientes de atividades educativas estabelecem interação contínua entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito, permitindo a criação do conhecimento organizacional nos modos de conversão do conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1995), que contempla a socialização, explicitação, combinação e internalização. Dentre esses quatro modos, do espiral de Nonaka e Takeuchi, a interação dos profissionais por meio atividades educativas apresenta a externalização, que consiste no conhecimento tácito-explícito, que se refere à exposição do conhecimento do indivíduo para que o conhecimento possa ser compartilhado (DOROW, FRAGA, RADOS, 2018).

O processo de compartilhamento do conhecimento é fundamentado na conversão do conhecimento por meio da interação. Esse processo necessita de interação social para a aquisição de novos conhecimentos, bem como a assimilação do conhecimento do indivíduo ao grupo (ARGYRIS; SCHÖN, 1996). A gestão do conhecimento é uma prática que pode melhorar o fluxo de conhecimento em um ambiente organizacional. Práticas são conjuntos deliberados de atividades ou rotinas que uma organização se engaja com o propósito de otimizar a conversão de conhecimento em valor (KIANTO; ANDREEVA, 2014).

Outra prática adotada pelos gestores para compartilhar o conhecimento foi a produção de relatos técnicos e científicos. Essa produção de matérias foi muito estimulada no período pandêmico, em que houve grande produção de documentos oficiais específicos sobre a Covid por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Federal de Enfermagem e Ministério da Saúde para apoiar o desenvolvimento da assistência e o processo de capacitação dos profissionais. Esses documentos, manuais e normas representam a internalização, explícito-tácito, que consiste em um modo de GC que assimila conhecimento pelos indivíduos a partir desses documentos (NONAKA; TAKEUCHI, 1995).

A crise de saúde global causada pela COVID 19, gerou novos desafios à gestão de plataformas digitais eficientes, estáveis e acessíveis para muitas pessoas em curto espaço de tempo e recursos, requerendo a aproximação dos profissionais com a tecnologia para desenvolver as atividades educativas (ZINGRA, 2020).

Desse modo, a capacidade de acessar e compartilhar de modo rápido o conhecimento, tornou-se não só importante como necessária e imperativa. Os métodos tradicionais de transferência de conhecimento, como treinamento “*in loco*” e passagem de protocolos e documentações físicas, muitas vezes não atendem às necessidades dos ambientes hospitalares. Assim, esses ambientes estão cada vez mais recorrendo à utilização de canais digitais para o processo de troca de conhecimento, usando plataformas de mídia social, software de videoconferência e ferramentas de colaboração online, principalmente no contexto da pandemia da COVID 19 (HUANG *et al.*, 2020).

Esses canais digitais apresentam muitas vantagens em relação aos métodos tradicionais pois permitem maior flexibilidade, acessibilidade e, através deles, os profissionais podem obter informações em qualquer ambiente, a qualquer hora e em qualquer dispositivo, com a segurança e cumprindo o distanciamento social necessários (CHUI; CHAN, 2019).

Percebe-se que o período pandêmico mesmo tendo provocado muitas situações adversas, propiciou melhor integração entre as diversas áreas e categorias fortalecendo o processo de interação profissional. Desse modo, a adoção de processos de comunicação com uma linguagem simples entre a equipe multi pode propiciar a integralidade e a humanização do cuidado e a ampliação no reconhecimento do olhar abstrato, transdisciplinar e individualizado para cada indivíduo (WU, 2020).

Na economia atual, as práticas de compartilhamento de conhecimento dentro das organizações são cruciais, e o uso da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) apoia principalmente essas práticas. Isso porque as TIC são capazes de reduzir as barreiras relacionadas ao espaço e ao tempo nas atividades de compartilhamento do conhecimento (MUDA; YUSOF, 2015). Para Eid e Nuhu (2011), a utilização das TIC no compartilhamento do conhecimento melhora a gestão do conhecimento, o que, por sua vez, impacta a capacidade de um indivíduo compartilhar conhecimento. As TIC são definidas como dispositivos físicos e serviços que auxiliam no compartilhamento de informações e conhecimentos dentro de uma organização, englobando cinco aspectos fundamentais: hardware, software, redes e sistemas de comunicação, bancos de dados e equipes de gerenciamento. A implementação da infraestrutura de TIC pode facilitar o compartilhamento de conhecimento e permitir que os indivíduos criem, transfiram e compartilhem conhecimento de forma eficaz.

Pode-se evidenciar a contribuição do presente estudo para o avanço do conhecimento da área da saúde, e particularmente da gestão do conhecimento, considerando as práticas estratégicas desenvolvidas pelos gestores nessas organizações, na garantia da segurança do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo revelam que os gestores realizaram ações gerenciais para proporcionar o compartilhamento de informações e conhecimentos ao realizar atividades educativas tais como reuniões, rodas de conversa, treinamentos *in loco*, palestras online, uso de mídias sociais, socialização de materiais educativos, protocolos e demais orientações pertinentes as necessidades exigidas pelo período pandêmico.

No entanto, para a efetiva melhoria de desempenho do serviço e produção de novos conhecimentos, o compartilhamento do conhecimento em uma organização deve ser de pessoa a pessoa, considerando vários requisitos operacionais, entre eles, a complexidade e dimensão do conhecimento a ser

compartilhado e as condições do ambiente que sejam favoráveis às ações e, portanto, precisa de planejamento, aplicação e sistematização.

Destaca-se que a maioria dos cargos de gestoras eram desempenhados por enfermeiras, o que evidencia a relevância desse grupo profissional no âmbito da gestão e reforça a necessidade de preparar graduandos de enfermagem para ocupar esses cargos, haja vista o quantitativo desses profissionais nos cargos de gestão.

Este estudo permite a reflexão sobre o processo de compartilhamento em ação gerencial, sob a ótica da gestão do conhecimento organizacional, visto que se torna relevante um plano estratégico para promover uma conduta individual e coletiva desta prática no serviço, para que a informação e conhecimento circulem com maior fluidez e assim garanta melhores práticas para a Segurança do Paciente.

AGRADECIMENTOS

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERNARDINO L. L; MATSUBARA M. G. S. Construção de um Instrumento para Avaliação do Conhecimento sobre Ferida Neoplásica Maligna. **Rev. Bras. Cancerol.** [Internet]. v. 68, n. 1, p. e-061377, 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1377>

BOPSIN, P. dos S.; RIBAS, E. O.; SILVA, D. M. da. (orgs.). **Guia Prático para a segurança do paciente**. Porto Alegre: Moriá, 2019.

BORSATO, F. G.; CARVALHO, B. G. Hospitais de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências: o que sua produção revela? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, jan-mar. 2020.

BRANCO A. O; TAVARES M. M. C. Análise do processo de implantação do serviço de assistência ao paciente com COVID 19. **Revista Online Braz J Nur**, v. 19, n. 3, 2020.

BRANDÃO L. E. M *et al.* Social Jetlag Changes During the COVID 19 Pandemic as a Predictor of Insomnia. **A Multi-National Survey Study**. v.13, p. 1711-1722, 2021. doi: 10.2147/NSS.S327365.

CAO Z. *et al.* Estimating the effective reproduction number of the 2019-nCoV in China. **MedRxiv** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.01.27.20018952>

CARDOSO M. R. *et al.* Sofrimento e trabalho em tempos de pandemia: uma intervenção clínica com educadores. **Estilos da Clínica**, v. 26, n. 1, 44-57, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v26i1p44-57>

CHUI C. H. K; CHAN C. H. The role of technology in reconfiguring volunteer management in nonprofits in Hong Kong: Benefits and discontents. **Nonprofit Management and Leadership**, v. 30, n. 1, p. 89-111, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10/1002/nml.21369>

CORDEIRO, A. L. A. O. **Capital intelectual na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares**. 138 fls. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador, 2015.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI S.; SILVA, M. R. F.; BONETTI, O. P.; PASSOS, H. Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da COVID 19? **Rev Gaúcha Enferm**, 42 spe, 2020. e20200254. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190254>.

FERREIRA C. H. P. Estratégias adotadas no enfrentamento da COVID 19: relato de experiência profissional. **Revista Enfermagem em Foco**, 2020;11 (Esp.2): 199-204.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Referência nacional em segurança do paciente, Proqualis comemora 10 anos. Assessoria de Comunicação do Icict Fiocruz**, 18 set. 2019. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/content/refer%C3%A2ncia-nacional-em-seguran%C3%A7a-do-paciente-proqualis-comemora-10-anos>

GERHARDT, M. L., UE YUMI, JUNIOR L.J. A. **Um guia prática para a Segurança do paciente. Por que eu preciso aprender sobre Segurança do paciente?** Porto Alegre, editora Moriá, 2019

GRANDO R. D. et al. Clinical usefulness of tomographic standards for COVID 19 pneumonia diagnosis: Experience from a Brazilian reference center. **Braz J Infect Dis** [Internet]. v. 24, n. 6, p. 524–33, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.10.002>

HUANG C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

MACIEL F. B. M. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID 19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, (Supl. 2), p. 4185-4195, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>.

MATIAS-PEREIRA J. **Manual de Gestão Pública Contemporânea**. Atlas. 2020; 6 ed.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação do Conhecimento na Empresa**: como as empresas geram a dinâmica da inovação. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

PETERLINI, A. M. S; PEREIRA, S. R. **O erro humano e a segurança do paciente**. Os erros humanos: abrangência e tipos. São Paulo. Editora Atheneu, 2008.

READ JM *et al.* Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. **MedRxiv** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.01.23.20018549>

REIS C.D., AMESTOY S.C., SILVA G.T., SANTOS S.D., VARANDA P.A., SANTOS IA, et al. Situações estressoras e estratégias de enfrentamento adotadas por enfermeiras líderes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020

REIS G. et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

ROSSETI, A et al. A organização baseada no conhecimento: novas estruturas, estratégias e redes de relacionamento. **Ci. Inf., Brasília**, v. 37, n. 1, p. 61-72, jan./abr. 2008

SAITO A.; FUKUNAGA F. Modelo de referência da Sociedade Brasileira de Gestão do Conhecimento - SBGC: Guia de referência da gestão do conhecimento. São Paulo: **SBGC**, 2020.

SANTOS, M. M.; TORELLY, S. M. E.; BAIA, W. R. M. **Guia Prático para segurança do paciente, Riscos na assistência à saúde**: como conhecer o que fazer? Porto Alegre: Editora Moriá, 2019.

SARRETA F. O. *et al.* A construção da interdisciplinaridade na saúde: a experiência das rodas de conversas na pandemia. **Saúde debate**. v. 46, (spe6), p. 207–16, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E618>

SERRAVALLE L. M. K. Incorporação de tecnologias digitais nas estratégias de apoio à renast-ba durante a pandemia da COVID 19. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45 (Esp.1), p. 267-281, 2021.

TEIXEIRA, S. K. A. et al. Cuidado clínico de enfermagem à pessoa com Úlcera Venosa fundamentado na teoria de Imogene King. **Revista Enfermagem Atual**, 81(19), 31-37, 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente**. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo. Enero, 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.

WU W. *et al.* Coupling relationships and synergistic mechanisms between technology management capability and technological capability in product innovation: a simulation study. **Technology Analysis & Strategic Management**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09537325.2020.1743261>

ZHANG Q. *et al.* Clinical trial analysis of 2019- nCoV therapy registered in China. **J Med Virol**. v. 92, n. 7, p. 711-712, 2020. doi: 10.1002/jmv.25806

ZINGRA K. N. Educação permanente para profissionais da área da saúde como estratégia de combate ao enfrentamento da pandemia de COVID 19 na região norte: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, p. e5745, 2020.

4.3.3 Artigo 3 - Produção e aplicação de conhecimento na promoção da segurança do paciente em hospitais: práticas de gestoras durante a pandemia da COVID 19

Será submetido à Revista Saúde em Debate – QUALIS A4

Resumo

Objetivo: descrever as práticas de gestão utilizadas para produção e aplicação do conhecimento visando promover a segurança do paciente em organizações hospitalares durante a pandemia de COVID 19. Metodologia: **Métodos:** Estudo qualitativo, com abordagem analítica e exploratória realizado com gestores de oito organizações hospitalares. Foram realizadas entrevistas, gravadas, transcritas na íntegra e organizadas pelo software *WebQDA* e Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** As ações de produção do conhecimento destacadas pelos participantes foram: Construção de novos protocolos. E da Aplicação do conhecimento, emergiram três categorias: Normas e rotinas; Treinamento de pacientes e acompanhantes; Treinamento de profissionais. **Considerações finais:** A efetividade da produção e aplicação do conhecimento para a segurança do paciente depende de ações gerenciais planejadas e sistemáticas e devem ser conduzidas de pessoa a pessoa no trabalho. Seria importante ampliar tais ações para melhor eficiência e eficácia em nível organizacional, com a inserção de ferramentas de GC tais como revisão de aprendizado, espaços colaborativos de trabalho físico e virtual, para verificação e comprovação da internalização dos conhecimentos adquiridos.

Descritores: Segurança do Paciente. Gestão do Conhecimento. COVID 19. Gestor de Saúde.

Introdução

A aplicação e a produção do conhecimento são conceitos fundamentais na gestão do conhecimento, uma disciplina que visa promover a eficácia organizacional através da captura, compartilhamento e utilização do conhecimento de forma estratégica.

A aplicação do conhecimento refere-se à capacidade de uma organização ou indivíduo utilizar o conhecimento de forma eficaz para resolver problemas, tomar decisões, inovar e alcançar objetivos específicos. Isso envolve não apenas ter acesso ao conhecimento relevante, mas também saber como aplicá-lo de maneira prática e significativa. Na gestão do

conhecimento, a aplicação eficaz do conhecimento muitas vezes é facilitada por meio de práticas como a criação de bases de dados acessíveis, o estabelecimento de redes de compartilhamento de conhecimento e o desenvolvimento de sistemas de apoio à decisão (HIPÓLITO; MACEDO, 2018).

Já a produção do conhecimento está associada ao processo de criação de novo conhecimento ou de novas perspectivas sobre o conhecimento existente. Isso pode acontecer por meio de pesquisa, experimentação, reflexão crítica e interação entre pessoas e ideias. Na gestão do conhecimento, a produção do conhecimento é incentivada como meio de estimular a inovação e a resolução criativa de problemas. Isso pode envolver a criação de ambientes que promovam o pensamento crítico, a colaboração entre equipes multidisciplinares, a experimentação e o aprendizado contínuo (GONÇALVES, et al., 2021).

A gestão eficaz do conhecimento busca equilibrar a aplicação e a produção do conhecimento dentro de uma organização, reconhecendo que ambas são essenciais para impulsionar a melhoria contínua, a inovação e o sucesso organizacional. Ao aplicar o conhecimento existente de forma eficaz e promover a produção de novo conhecimento, as organizações podem adaptar-se rapidamente a mudanças no ambiente externo, resolver problemas de maneira eficiente e permanecerem competitivas em seu setor (HIPÓLITO; MACEDO, 2018).

Embora historicamente mais presente no ambiente corporativo, a produção e aplicação do conhecimento tem se tornado crucial no cenário hospitalar, especialmente para capacitar profissionais e promover processos de trabalho voltados para a segurança do paciente. A prática da GC na área da saúde desempenha um papel fundamental na melhoria dos serviços, na tomada de decisões clínicas baseadas em evidências e no avanço das práticas assistenciais. Essa abordagem busca otimizar a captura, armazenamento, compartilhamento e aplicação das informações por profissionais e organizações de saúde (POTTS; BUYS; KLINGENSMITH, 2022).

No contexto da segurança do paciente, estratégias são essenciais para prevenir e minimizar eventos adversos decorrentes da assistência à saúde. A participação ativa dos pacientes e profissionais nos cuidados de saúde é reconhecida como benéfica para a segurança e qualidade da assistência (GONÇALVES et al., 2021). Nesse sentido, a aplicação e produção do conhecimento desempenha um papel fundamental na capacitação dos profissionais para fornecerem cuidados seguros e centrados no paciente, adaptados às necessidades individuais (HIPÓLITO; MACEDO, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que os eventos adversos ocupam o décimo lugar entre as principais causas de morte e complicações adversas em nível global. Esses dados são congruentes com estimativas recentes que indicam que o custo social dos danos aos pacientes pode variar de 1 trilhão a 2 trilhões de dólares anualmente. Especialmente em países de baixa e média renda, muitos pacientes enfrentam complicações ou óbito devido a cuidados inseguros, resultando em aproximadamente 134 milhões de eventos adversos e cerca de 2,6 milhões de mortes anualmente. Por outro lado, em países de alta renda, estima-se que, em média, um em cada 10 pacientes hospitalizados está sujeito a um evento adverso (OMS, 2021).

De acordo com um estudo conduzido em um hospital dos Estados Unidos, que examinou 309 prontuários, os principais incidentes identificados estavam relacionados à prescrição médica (22%), cuidados de enfermagem (15%), farmácia (14%) e questões relacionais/comunicativas (15%). Dentre os incidentes analisados, 47% não afetaram o paciente, 44,7% afetaram o paciente sem causar danos, 7,7% resultaram em ferimentos leves e 0,7% resultaram em ferimentos graves ou morte (JACOBSON et al., 2023).

A pandemia de COVID 19 destacou ainda mais a importância da produção e aplicação do conhecimento em saúde, dada a natureza desconhecida da doença. A necessidade de novos conhecimentos e intervenções ressalta a importância de estratégias educacionais e culturais que fortaleçam a segurança do paciente e apoiem os profissionais de saúde em tempos de crise (CDC, 2021).

Diante desse contexto, é evidente que a aplicação e produção do conhecimento é essencial para aprimorar a qualidade do cuidado ao paciente. Este artigo tem como objetivo descrever as práticas de gestão utilizadas para produção e aplicação do conhecimento visando promover a segurança do paciente em organizações hospitalares durante a pandemia de COVID 19.

Metodologia

Esse estudo adota uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Essa escolha se justifica em face do objeto central do estudo que se propõe desvelar os significados das práticas de gestão do conhecimento de gestoras(es) para a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19. É um recorte do projeto matriz intitulado *Gestão do Conhecimento estratégico e da segurança do paciente para o desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde*, integrado ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração de Serviços de Enfermagem (GEPASE), do Programa de Pós-graduação em

Enfermagem e Saúde (PPGENF) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).

O relatório do estudo seguiu os critérios de qualidade e transparência em pesquisa qualitativa em conformidade como o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007; SOUZA, MARZIALE, SILVA, NASCIMTO, 2021).

O estudo foi conduzido nas áreas de educação permanente, comissão de controle de infecção hospitalar, núcleo de segurança do paciente, comissão de ensino e pesquisa, gestão da enfermagem, coordenação de residência multiprofissional, farmácia em oito hospitais da Bahia, o que se considerou como requisitos importantes para a escolha e participação dessas no referido estudo.

Trinta gestoras foram recrutadas para participar do estudo, todas com no mínimo seis meses de experiência e que atuaram entre 2020 (início da pandemia) e 2021 (introdução da vacina), em diversas áreas, incluindo núcleo de segurança do paciente, educação permanente, farmácia, gerência e coordenação de enfermagem, serviço de controle de infecção hospitalar, coordenação de ensino e pesquisa, e direção-geral. Os critérios de exclusão incluíram gestoras afastadas por licenças ou que não compareceram aos agendamentos por quatro vezes. Todas as gestoras solicitadas, concordaram em integrar a pesquisa.

A coleta das informações ocorreu no período de maio de 2022 a fevereiro de 2023. Inicialmente, enviou-se um convite e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para todas as gestoras. Perante a aprovação da participação e assinatura do TCLE, realizou-se a programação e o agendamento sendo presenciais ou virtuais, de acordo com a preferência do membro participante. A coleta de informações ocorreu por meio da aplicação de um formulário semiestruturado, contendo duas partes, sendo uma com informações sobre a caracterização das organizações e dos participantes e outra com a questão norteadora da pesquisa.

As entrevistas presenciais e virtuais foram realizadas assegurando a privacidade do participante, tendo uma média de 40 minutos cada entrevista. As virtuais foram feitas através da plataforma *Google Meet* por meio de um link.

Todos os princípios bioéticos, como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, foram respeitados durante o estudo. As diretrizes de pesquisas com seres humanos e as normas regulamentadoras de pesquisas em ambiente virtual foram seguidas. A privacidade e anonimato dos participantes foram preservados por meio da utilização de códigos alfanuméricos.

Resultados

Trinta profissionais participaram do estudo, dos quais vinte e quatro eram enfermeiras, uma médica, uma nutricionista, duas fisioterapeutas e dois farmacêuticos. A faixa etária variou entre trinta e dois e cinquenta e oito anos, com dezessete participantes do sexo feminino e três do sexo masculino. Em relação ao período de graduação, os participantes se formaram entre 1988 e 2019. Suas áreas de atuação incluíam educação permanente, núcleo de segurança do paciente, serviço de controle de infecção hospitalar, coordenação de residência multiprofissional, farmácia, gerência e coordenação de enfermagem.

No que diz respeito à qualificação profissional, dezessete participantes possuíam curso de especialização, dez tinham mestrado e três tinham doutorado. Além disso, quatorze participantes relataram ter qualificações específicas para os cargos que ocupavam. O tempo de serviço variou de 7 meses a 9 anos. A partir da análise das falas dos participantes sobre a **Produção do conhecimento**, emergiu a seguinte categoria: Construção de novos protocolos. Na **Aplicação do conhecimento** emergiram três categorias: Normas e rotinas; Treinamento de pacientes e acompanhantes; Treinamento de profissionais.

Produção do conhecimento

Construção de novos protocolos

A construção de protocolos para produção do conhecimento envolve o estabelecimento de diretrizes e procedimentos para realizar pesquisas, experimentos ou investigações de maneira sistemática e confiável.

“A gente teve que criar protocolos para atenção à COVID 19. Esses protocolos abordaram sobre como fazer preparo do corpo, troca de máscara e como entrar no quarto do paciente com suspeita de COVID 19.” (G20)

“[...]foi através da elaboração de protocolos para melhorar o processo da gestão do cuidado no hospital que produzimos o conhecimento para toda equipe de enfermagem” (G25)

“A CCIH foi extremamente atuante durante a pandemia, nós fomos responsáveis por praticamente toda elaboração de novos protocolos que foram criados e revisados” (G5)

Aplicação do conhecimento

Normas e rotinas

Normas e rotinas para aplicação do conhecimento referem-se a procedimentos e diretrizes estabelecidos para a implantação prática de descobertas e informações obtidas através da pesquisa e do conhecimento científico.

“A gente desenvolve um plano piloto em cada unidade e vai avaliando o que vem dando certo e a partir dessa avaliação vamos passando para as outras unidades.” (G1)

“Esse conhecimento é aplicado a partir do desenvolvimento de um plano de ação.” (G14)

“Precisamos trabalhar com a equipe como um todo. As unidades foram adaptadas e foram feitas atualizações constantes na nossa rotina.” (G4)

Treinamento de pacientes e acompanhantes

O treinamento de pacientes e familiares é uma componente crucial de prestação de cuidados de saúde. Essa estratégia de aplicação do conhecimento visa capacitar os pacientes e seus familiares com o conhecimento, habilidade e confiança necessárias para gerenciar sua própria saúde.

“Tem um treinamento específico que a gente faz com pacientes que estão internados nas enfermarias e com os familiares.” (G27)

“Aplicamos o conhecimento sobre segurança do paciente com os próprios pacientes e a família.” (G18)

“Aplicamos o conhecimento adquirido durante a pandemia com os familiares e pacientes através de vídeo chamada dando orientações.” (G8)

Treinamento de profissionais

O treinamento de profissionais é uma prática essencial para garantir que os indivíduos tenham as habilidades, conhecimentos e competências necessárias para desempenhar eficazmente suas funções.

“A gente tenta aplicar os conhecimentos de forma prática, socializando com toda equipe assistencial.” (G22)

“Nas reuniões rápidas de 10 minutinhos, temos incentivado as lideranças a desenvolver treinamentos.” (G5)

“A gente esteve na unidade constantemente treinando, orientando, tirando dúvidas, mostrando protocolos, nos locais de atendimento.” (G17)

“Procuramos fazer a aplicação do conhecimento, utilizando a articulação entre as áreas da gerencia de forma prática.” (G9)

Nesta categoria, os(as) gestoras(es) destacam a realização de treinamentos básicos e específicos para profissionais envolvendo as medidas de segurança e a condução para a atenção as demandas da nova enfermidade, além do novo aprendizado adquirido com a utilização da tecnologia, por conta do próprio contexto, onde eram ministradas orientações pelos profissionais do cuidado. Desafios foram vivenciados durante essa etapa por conta da pouca habilidade dos gestores(as) com tecnologia da informação (MACIEL, et al., 2020).

O diálogo e o empoderamento compõem uma filosofia eficaz para as intervenções educativas em condições de saúde, pois também abordam os componentes psicossociais da vida dos pacientes, considerando-os agentes transformadores de suas realidades e corresponsáveis pelo seu autocuidado (HEGGDAL et al., 2021)

Devido à importância do desenvolvimento de competências, é necessário investir nos recursos humanos em saúde, envolvendo os seguintes aspectos: reestruturação curricular nos cursos de formação em saúde, adequando os currículos às demandas dos serviços de saúde; adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que promovam uma formação crítica, reflexiva e uma integração efetiva entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde; e capacitação dos recursos humanos da saúde, por meio de uma educação permanente em saúde (HERTELENDY et al., 2021).

De acordo com Pereira, não existem cenários definidos para as instituições e, para que essas possam atingir seus protocolos básicos, é preciso de um alinhamento e dependem exclusivamente das técnicas administrativas utilizadas e de sua relação com o ambiente. Esse é um aspecto que todas as instituições enfrentaram em 2020, quando independentemente da natureza, do segmento ou da estrutura, foi necessária uma total adaptação para garantir a existência e permanência durante o contexto de pandemia (PEREIRA et al, 2021).

Discussão

O ano de 2020 iniciou-se diante de um cenário mundial atípico com a chegada do SARS-COV-2, vírus causador da COVID 19, sendo responsável por uma pandemia, gerando isolamento social, elevação na demanda no setor em saúde, com número de mortes elevado, e os serviços tiveram que fortalecer, qualificar e inovar suas práticas e apresentar estratégias de ação diante de uma pandemia (ALMEIDA, 2020; BEZERRA et al.,2020; SOUZA et al.,2020).

Assim sendo, o mundo constatou a necessidade das organizações hospitalares e outros espaços de cuidados à saúde, se ajustarem em suas práticas e procedimentos assistenciais, além de fluxos, protocolos, normas e rotinas em conformidade com as necessidades requeridas para o enfrentamento a esse novo cenário e de um processo de gestão efetuado de forma eficiente e eficaz (BRASIL 2020). Instituído medidas preventivas para evitar a contaminação de forma geral e garantir a segurança de todos (SERRAVALLE LMK, et al., 2021).

Perante esse cenário, pode ser sinalizado a criação e implementação assistencial de procedimentos dinâmicos de atuação nos serviços, envolvendo e priorizando protocolos assistenciais, fluxo de atendimentos, capacitação das equipes, adaptações na estrutura física. Assim, os gestores(as) representam peça fundamental para o planejamento das ações que garantirão o cumprimento das melhores práticas (BEZERRA et al., 2020).

Portanto, para atender a demandas requeridas, gestoras lançaram mão da atualização de protocolos existentes, criação de outros novos necessários ao novo cenário de cuidado, de vídeos sobre esses para operacionalização de treinamentos para os profissionais, modelo para passagem de plantão, e construção plano de ação idealizado para tal necessidade, sendo aplicado como piloto e avaliado para expansão em demais unidades.

Através da aprendizagem induzida por crises, uma organização pode melhorar suas atividades de resposta e incorporar medidas para evitar crises futuras (BROEKEMA et al., 2019). Assim, para a garantia da SP, tornou-se imprescindível a implementação de novos protocolos como a paramentação, desparamentação, uso de máscaras, fastfeld, entrada e saída

de aposentos de pacientes com e sem COVID 19, com o objetivo de promover comunicação eficaz, para redução de erros e incidentes, eventos adversos, infecções hospitalares, evitando a contaminação entre profissionais e pacientes, para continuidade do cuidado.

Portanto, com a criação e atualização dos protocolos básicos para a assistência, emergiu a necessidade de estabelecer novos fluxos para o processo assistencial. Desse modo, entende-se que o melhor desempenho de uma organização pode estar associado à prática de gestão do conhecimento, em função da possibilidade de melhores retornos e respostas vivenciados (MACHADO, et. al, 2020).

Diante do cenário pandêmico vivido, as organizações buscaram adaptações em seus processos para atender às necessidades de pacientes, instituindo ações de prevenção para evitar a contaminação de forma geral e garantir a segurança de todos (SERRAVALLE LMK, et al., 2021). Assim, para a garantia da segurança do paciente é de fundamental importância a decisão pela estruturação do processo de cuidado, envolvendo normas e rotinas, em tempos pandêmicos ou não.

Assim, as gestoras ficaram atentos a esse novo cenário oriundo da pandemia da COVID 19 e buscaram otimizar essa situação por meio da aplicação da GC e suas ferramentas, com seus novos processos e estruturação de normas e rotinas exigidas pelas demandas pandêmicas. Nesse sentido, às organizações hospitalares sem o tempo adequado para o planejamento, idealizaram estratégias para adequação do processo de trabalho a esse cenário, envolvendo estrutura física, recursos materiais e pessoas nos segmentos de contratação e qualificação profissional, assim como, definir planos de ação para situações de contingências (ALMEIDA, 2020).

Portanto, normas e rotinas tiveram que ser criadas e atualizadas as existentes para o atendimento as demandas no período pandêmico. Assim, as normas têm como finalidade servir de guia para o desenvolvimento das práticas do serviço, articulando ações gerenciais, educativas, assistenciais e profissionais, além de desenvolver um plano organizativo para a SP, e direcionar os profissionais ao cumprimento de suas práticas,

Nesse contexto, com a aquisição de novos equipamentos e modificações estruturais realizadas, normas e rotinas foram fixadas tais como organização de áreas exclusivas para atenção a emergência, classificação de risco, equipamentos de respiração mecânica, normas para realização de chamadas de vídeo entre pacientes e familiares, dentre outras (MACHADO et al, 2022). Nesse sentido, mudanças tiveram que ser implementadas e criado processos para garantir a segurança do cuidado. Para tanto, esses gestores se direcionaram ao desenvolvimento das fases de GC, utilizando-se do ciclo do espiral do conhecimento, buscando a conversão do

conhecimento tácito em explícito, combinando, socializando e internalizando saberes dos profissionais (RIOS MFA, et al., 2020),).

Portanto, não basta que as organizações hospitalares sejam estruturadas com tecnologias modernas e avançadas, com serviço de excelência em hotelaria, se não evidenciam bons indicadores relacionados a segurança do paciente. Aí está envolvido o processo de atualização e treinamento de seus pares, assim como o suporte com normas e rotinas na prática. Assim promover a inserção do paciente em seu processo de cuidado, e importante e necessita de ações que visem a sistematização de práticas seguras (COSTA et al., 2020; VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

Um dos grandes desafios nesse período pandêmico, foi a necessidade requerida quanto a capacitação de profissionais, tanto recém-contratados como do próprio quadro da organização com relação aos novos protocolos, normas e rotinas, além de outras práticas do cuidado ao paciente e o descumprimento dessas normas e rotinas por parte dos usuários (MACIEL, et al., 2020)

Na categoria de treinamento, as gestoras ressaltam a realização de treinamentos específicos com pacientes internados e familiares, aplicando conhecimento sobre a segurança do paciente, além do aprendizado adquirido durante o período pandêmico, com a utilização da tecnologia, realizando vídeo chamada, por conta do próprio contexto, onde eram ministradas orientações pelos profissionais do cuidado. Pode-se observar que esse período constituiu desafios no processo do cuidado. Assim gerou a demanda para a capacitação da equipe para então fortalecer a inserção do paciente, acompanhantes e familiares no cuidado (MACIEL, et al., 2020).

Nesse sentido, o envolvimento do paciente e da família pode ser efetivado por meio do desenvolvimento de políticas e programas em conjunto com o paciente, considerando aprendizagem a partir da experiência do paciente para melhoria da segurança, defensores do paciente e campeões de segurança do paciente, divulgação do incidente de segurança do paciente para vítimas, Informação e educação para pacientes e familiares (WHO, 2020). Conforme ressalta (RIOS MFA, et al., 2020), o processo da educação em saúde constitui uma estratégia em potencial para prevenção e promoção da saúde na garantia da segurança do paciente.

Assim, o desenvolvimento de ações educativas sobre temas relacionados à segurança, inclusive para acompanhantes e visitantes, está entre os objetivos estratégicos do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 da OMS (WHO, 2021). Desta forma, torna-se relevante o desenvolvimento de tecnologias educativas que contribuam para superar os desafios

em segurança do paciente por reconhecer que a educação em saúde, com o uso de materiais educativos são úteis e favorecem o processo de ensino e aprendizagem de todos os atores envolvidos ao cuidado de saúde e de enfermagem, especialmente para os familiares/acompanhantes de pacientes hospitalizados (SENA et al., 2020; XIMENES et al., 2019).

Portanto, a OMS destaca que engajar pacientes e familiares enquanto parceiros no cuidado seguro utilizando tanto o conhecimento científico, quanto a experiência do paciente. Sua estrutura remete a importância de envolver e capacitar pacientes e familiares para ajudar e apoiar na jornada para um cuidado em saúde mais seguro, além de motivar, educar, qualificar e proteger todos os trabalhadores da área da saúde, contribuindo para a concepção e entrega de sistemas de cuidado seguros (WHO, 2020).

Desse modo considera-se que para engajar pacientes em seu processo de cuidado, a comunicação é de fundamental importância, e a educação do paciente se inicia a partir de uma comunicação assertiva, clara e objetiva (ALMEIDA, 2023). Envolver o paciente para decisões adequadas, utilização do letramento em saúde e considerar o conhecimento prévio das pessoas, o que eles entendem, sem isolar e nem hierarquizar a relação, isso está ligado diretamente ao envolvimento do paciente (RODRIGUES, 2023).

A comunicação efetiva é um dos processos de apoio para o alcance de eficientes resultados associados à segurança no ambiente hospitalar, incluindo os protocolos básicos de SP estabelecidas pelo MS/ANVISA (OLINO et al (2019). Portanto, é de extrema importância a disposição de métodos educacionais que garantam a aplicação eficiente das tecnologias e promovam a comunicação de forma ampla e unificada (COSTA et al, 2021).

Diante do cenário pandêmico vivido, as organizações buscaram adaptações para atender às necessidades de pacientes, instituindo medidas preventivas para evitar a contaminação de forma geral e garantir a segurança de todos (SERRAVALLE LMK, et al., 2021). Um exemplo importante sobre isso, ensinar acompanhantes e visitantes a correta técnica de higienização das mãos e dos momentos oportunos para sua execução torna-se estratégia indispensável, pois as mãos são fontes de transmissão microbiana que favorecem a contaminação cruzada (BRASIL, 2021b).

Essa prática torna-se imperiosa, em especial, ao considerar os achados de estudo observacional realizado em duas unidades de clínica médica de hospital de ensino da região nordeste do Brasil. Esse estudo apontou reduzida associação do comportamento de higiene das mãos dos acompanhantes após usar transporte público. Esse dado revela o risco de infecções ao manusear o paciente, seja por não higienizar as mãos ao sair do transporte público, adentrar

na unidade de internação e tocar no paciente ou no momento de auxiliá-lo na alimentação (NERI et al., 2019).

Na categoria de treinamento, as gestoras destacam a realização de treinamentos básicos e específicos para profissionais envolvendo as medidas de segurança e a condução para a atenção as demandas da nova enfermidade, além do novo aprendizado adquirido com a utilização da tecnologia, por conta do próprio contexto, onde eram ministradas orientações pelos profissionais do cuidado. Desafios foram vivenciados durante essa etapa por conta da pouca habilidade dos gestores(as) com tecnologia da informação (MACIEL, et al., 2020).

O diálogo e o empoderamento compõem uma filosofia eficaz para as intervenções educativas em condições de saúde, pois também abordam os componentes psicossociais da vida dos pacientes, considerando-os agentes transformadores de suas realidades e corresponsáveis pelo seu autocuidado (HEGGDAL et al., 2021)

Devido à importância do desenvolvimento de competências, é necessário investir nos recursos humanos em saúde, envolvendo os seguintes aspectos: reestruturação curricular nos cursos de formação em saúde, adequando os currículos às demandas dos serviços de saúde; adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que promovam uma formação crítica, reflexiva e uma integração efetiva entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde; e capacitação dos recursos humanos da saúde, por meio de uma educação permanente em saúde (HERTELENDY et al., 2021).

De acordo com Pereira, não existem cenários definidos para as instituições e, para que essas possam atingir suas protocolos básicos, é preciso de um alinhamento e dependem exclusivamente das técnicas administrativas utilizadas e de sua relação com o ambiente. Esse é um aspecto que todas as instituições enfrentaram em 2020, quando independentemente da natureza, do segmento ou da estrutura, foi necessária uma total adaptação para garantir a existência e permanência durante o contexto de pandemia (PEREIRA et al, 2021).

Portanto, para que o paciente e família sejam envolvidos no processo de cuidado, torna-se imprescindível que as áreas de EP e gestão de pessoas desenvolvam programas de capacitação para os profissionais e esses incorporem em sua prática cotidiana a participação do paciente e família e que essa prática possa se tornar em realidade. As estratégias consolidadas pelos gestores evidenciam a importância que esses definem com relação à capacitação das pessoas, em períodos pandêmicos ou não, consolidadas como um processo integrante do plano de protocolos básicos da organização para manter seus colaboradores sempre atualizados, com competências e habilidades para desenvolver o cuidado seguro e inserção do paciente e família nesse processo de cuidado.

Considerações finais

Em conclusão, a construção de novos protocolos, estabelecimento de normas, rotinas e treinamentos são etapas cruciais no aprimoramento da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Ao utilizar abordagens baseadas em evidências científicas, melhores práticas clínicas e colaboração multidisciplinar, os protocolos podem fornecer diretrizes claras e padronizadas para a prestação de cuidados aos pacientes. Essa abordagem não apenas ajuda a otimizar a eficiência dos processos clínicos, mas também contribui para a redução de eventos adversos e a melhoria dos resultados para os pacientes.

É importante destacar que a construção de novos protocolos é um processo dinâmico e contínuo. À medida que novas evidências emergem e as práticas clínicas evoluem, os protocolos devem ser revisados e atualizados para garantir que permaneçam alinhados com os mais altos padrões de cuidados de saúde. Além disso, é essencial envolver ativamente os profissionais de saúde na implementação e revisão dos protocolos, garantindo sua aceitação e adesão na prática clínica.

Em última análise, aplicação e produção do conhecimento são ferramentas essenciais na promoção da excelência clínica e na melhoria contínua da qualidade e segurança dos serviços de saúde. Ao investir nesse processo, as instituições de saúde podem não apenas melhorar os resultados para os pacientes, mas também garantir uma prestação de cuidados mais eficaz, eficiente e centrada no paciente.

Com relação a GC gestoras referem que a produção do conhecimento envolveu a construção de novos protocolos, produção de vídeos sobre esses, rotinas para atendimento às demandas exigidas pela COVID 19, realização de parcerias entre áreas, revisão de protocolos existentes, por meio do desenvolvimento de discussões, rodas de conversa, treinamentos a beira leito, aulas por via online, socialização das produções via intranet organizacional, grupos de whatsapp e e-mails. No entanto, seria importante ampliar tais ações para melhor eficiência e eficácia em nível organizacional, com a inserção de ferramentas de GC tais como revisão de aprendizado, espaços colaborativos de trabalho físico e virtual, para verificação e comprovação da internalização dos conhecimentos adquiridos.

Quanto à fase de aplicação do conhecimento, gestoras mencionam terem feito adaptações das áreas assistenciais ao novo processo de cuidado, utilizando atualização dos profissionais para desenvolver as novas normas, rotinas, protocolos e fluxos operacionais e,

além disso, realizando treinamento para pacientes e acompanhantes sobre a segurança do paciente e medidas de prevenção e cuidados com as demandas exigidas pela pandemia da COVID 19. Realização de cursos, palestras, oficinas, atividades lúdicas. Sinalizam ainda para a realização de um planejamento de trabalho, envolvendo um plano de ação, aplicado como piloto para posterior adequação e extensão às demais unidades, após avaliação.

Contudo, seria significativo amplificar tais ações para melhor eficiência e eficácia em nível organizacional, com a inserção de ferramentas de GC tais como plano de competência do trabalhador do conhecimento, localização da experiência, revisão do aprendizado quanto ao desenvolvimento de novos protocolos, fluxos e rotinas. Outro aspecto seria a avaliação do aprendizado do paciente e família quanto ao repasse das medidas de segurança no processo de cuidado, e a inserção do paciente no seu processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALSHMEMRI, M.; SHAHWAN-AKL, L.; MAUDE, P.; MAJEED, A. The impact of professional development courses on the work performance of health professionals in Saudi Arabia. **Human Resources for Health**. v. 18, n. 1, p: 15, 2020.
- BRASIL. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.
- Castro LC, Diniz LM, Oliveira VC, Guimarães EAA, Gontijo TL. Processos de capacitação de gestores e profissionais na implementação da estratégia e-SUS Atenção Primária. **Rev baiana enferm**. 37:e49010, 2023.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). **Coronavirus Disease 2019 (COVID 19): Guidance for Specific Groups**, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance.html>
- COURSERA. **Coursera's impact during COVID 19**. 2020. Disponível em: <https://www.coursera.org/about/press/covid19-impact>
- FONTOURA, M. S. et al. Desafios da qualificação em saúde no contexto da pandemia da COVID 19. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, N Especial 2, p. 20-34 abr./jun. 2020. - DOI: <https://orcid.org/0000-0001-9335-4040>
- GONÇALVES, S. B. et al. Gestão do conhecimento na área de saúde: compartilhamento e aprendizagem. **Nursing** (Edição Brasileira), v. 24, n. 283, p: 6858–6866, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i283p6858-6866>
- HIPÓLITO, R. R.; MACEDO, S. R. N. Produção e disseminação de informação em um centro de pesquisa de referência na América Latina. **Rev. cuba. inf. cienc. salud**. v. 29, n. 3,

p: 1-18, 2018. Disponível em:: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132018000300006&lng=es.

IACOBUCCI, G. COVID 19: Doctors warn of humanitarian catastrophe at Europe's largest refugee camp. **BMJ**, p. m1097, 17 mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1097>

LI, L.; XIE, L.; ZHANG, S.; LIU, S. An overview of the clinical and experimental evidence on COVID 19 infection risk for medical staff. **Journal of Translational Medicine**, v. 18, n. 1, p:1-10, 2020.

OLIVEIRA, L. M.; BARRETO, M. F.; AZEVEDO, M. A. Perception of professionals from the human resources area about the importance of training courses for employee qualification in Brazilian companies. **International Journal of Scientific Research in Multidisciplinary Studies**. v. 5, n. 2, p: 25-32, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **COVID 19 courses, learning pathways and more**. 2020. Disponível em: <https://openwho.org/courses>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **COVID 19 Health Emergency**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020/DON220>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Responding to COVID 19: WHO Norms and Standards**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/responding-to-COVID-19-who-norms-and-standards>

POTTS, J. R.; BUYSKE, J.; KLINGENSMITH, M. E. Outcomes of the Early Specialization Program in Vascular Operation. **Journal of The American College of Surgeons**, v. 235, n. 3, p. 550–558, 10 ago. 2022. Doi: 10.1097/XCS.0000000000000297

SHARMA, S.; VERDIAL, F. C.; SAN GABRIEL, P. J. The Rise of COVID 19 Clinical Collaborative Networks: Facilitating a Multidisciplinary Approach to Managing COVID 19. **Frontiers in Public Health**, v. 8, 611202, 2021.

ZHENG, C.; JIAO, M.; JIAO, J. The role of online education in the period of COVID 19: Evidence from a quasi-experiment. **Journal of Public Economics**, 193, 104344, 2

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo analisar fases da gestão do conhecimento para a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19, esse estudo foi idealizado.

Os resultados do estudo evidenciam o desenvolvimento das fases da GC nas organizações hospitalares pesquisadas, mesmo que de forma não sistematizada e com o entendimento em parte, sobre o significado de algumas etapas da GC, por parte dos entrevistados(as).

O presente estudo dispõe de uma abordagem qualitativa onde as informações resultantes provem das entrevistas feitas, analisadas e conduzidas pelo referencial teórico da criação do conhecimento organizacional de Nonaka e Takeuchi, utilizando-se de ferramentas de GC. Assume que a GC ocorre nas organizações hospitalares pesquisadas, envolvendo uma equipe multiprofissional compreendida no âmbito das relações entre os sujeitos e o cenário organizacional, alternado por questões institucionais, pessoais e profissionais.

Houve a participação de gestoras pertencentes a cinco categorias profissionais no estudo, sendo elas (medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, farmácia). Os resultados comprovam que as enfermeiras compõem a grande maioria, destacando-se na gestão das áreas de EP, CCIH, NSP, Diretoria de Enfermagem e Diretoria Geral. Portanto, gestoras da área de enfermagem, a cada dia avançam na condução de processos de gestão o que demonstra o envolvimento dessas na promoção da SP.

Desse modo, consideramos que as ações de gestão do conhecimento, desenvolvidas pelas gestoras durante o período da pandemia COVID 19 para promoção da segurança do paciente, contaram com inúmeros desafios e dentre eles, destaca-se o curto período para planejamento, seleção e preparo do pessoal para atender as demandas exigidas pela pandemia, contando ainda com mudanças frequentes no conteúdo das notas técnicas emitidas pelos órgãos governamentais.

Assim, para efetivação das ações necessárias ao enfrentamento da pandemia, as gestoras adquiriram novos e específicos conhecimentos sobre a nova enfermidade, além de aproximarem-se ao uso da tecnologia, no sentido de apoiar o desenvolvimento de práticas e ferramentas de GC para a promoção da SP no âmbito das organizações no período pandêmico.

No que tange aos elementos que integram as fases GC para a SP, esse estudo repercutiu para todos que ocupam cargos de gestor, especialmente, enfermeiras no exercício da liderança,

o compromisso e envolvimento desses para a oferta de um cuidado seguro, contemplando as necessidades requeridas pela população.

É oportuno ressaltar que, lideranças de determinados órgãos como, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP), e a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), destacam-se de forma positiva, quanto à chances oportunizadas para atualização e capacitação dos profissionais de saúde no seguimento da COVID 19 e SP, além de orientações, material didático direcionado a esses segmentos e ANVISA/MS. Verificamos o desenvolvimento de cursos, webinars, palestras, eventos científicos, cartilhas, documentos úteis para profissionais de saúde, portarias, notas técnicas, lives, artigos científicos sobre a COVID 19, publicação de relatos de experiências sobre a pandemia da COVID 19, relatórios, manuais, protocolos, fluxos, dentre outros.

Assim, ao considerar o que está posto na literatura sobre conceitos, ferramentas de GC, modelo SECI, torna-se possível afirmar que a GC nesse estudo, tem grande valia para promoção do cuidado seguro ao indivíduo.

Confirmou-se que as práticas desenvolvidas pelas gestoras quanto a aquisição, criação, aplicação e compartilhamento do conhecimento em organizações hospitalares no contexto pandêmico, visando a promoção da SP, envolvem ações pessoais e institucionais com apoio de organizações científicas, instituições de ensino, de instrumentos legais englobam ações técnico-assistenciais e gerenciais, elaboração, atualização de tecnologias leves e duras e são constituídas por redes de comunicação pessoal, institucional e hospitalares.

Com relação aos objetivos do estudo, esses foram alcançados, pois foi possível descrever as práticas de gestoras nas fases de aquisição, criação/produção, aplicação e compartilhamento do conhecimento no serviço no contexto pandêmico das organizações pesquisadas.

A partir da descrição das atividades executadas na fase de **aquisição do conhecimento** no serviço, verificou-se a realização de oficinas, cursos de atualização e sobre liderança, leitura de artigos científicos, acesso a fontes de pesquisa liberadas pelas organizações e consulta a base de dados, discussão de casos, leitura de cartilhas, Portaria nº 529 e RDC nº36/2013/MS/ANVISA, além do acompanhamento às atualizações de documentos que regimenta a SP, reuniões com especialistas e núcleo docente da organização. Também confirmou-se parcerias entre as áreas de CCIH, NSP, GESTÃO DE ENFERMAGEM e EP, avaliação do processo de trabalho, envolvendo as contínuas mudanças nos protocolos e notas

técnicas emitidas pela SESAB e ANVISA, capacitação realizada por profissões externas, convidados para socializar protocolos construídos na organização, no sentido de atender às

Quanto às atividades desenvolvidas na fase de **aplicação do conhecimento** envolveram as tecnologias leves e leve duras no cenário pandêmico, como verificamos nas falas dos participantes, ações relacionadas a ativação de processos na comunicação com relação mais próxima de profissionais entre áreas, significando melhorias no entrosamento desses.

Confirmando as tecnologias leve duras, verificou-se a construção e atualização de protocolos, normas, rotinas e fluxos, ampliando saberes por meio de pesquisas, leituras de materiais científicos, normas, portarias estaduais e ministeriais, construção e atualização de protocolos relacionados a SP e COVID 19.

Com relação à fase de **criação do conhecimento no serviço**, verificamos a criação de novos protocolos e rotinas necessárias no período pandêmico, grupos de whatsapp, modelo para passagem de plantão na área de farmácia, produção de vídeos sobre higiene das mãos, paramentação e desparamentação para utilização em processos educacionais, rotina de entrada e saída de funcionários de quartos de pacientes com suspeita e confirmação de COVID 19, elaboração de plano de ação e aplicação em unidades piloto.

No tocante à fase de **compartilhamento do conhecimento no serviço**, desenvolveu-se redes de comunicação profissional por meio de vídeo chamada, realização de cursos, palestras, oficinas, atividades lúdicas envolvendo pacientes e acompanhantes, colocação de cartazes nos murais com orientações para o cuidado, utilização de passagem de plantão para realizar orientações, compartilhamento de entre pares, rodas de conversa, organização de documentos e materiais didáticos, discussão de casos, treinamento in locu, aproximação com a tecnologia, mostra de vídeos sobre protocolos em treinamentos, comunicação via e-mail, relatórios de eventos adversos, apresentação de relatos de experiência sobre o enfrentamento a COVID 19, construção de protocolos sobre pacientes com insuficiência respiratória, ventilação mecânica, diálise e protocolos de segurança do paciente.

A partir do diagnóstico das necessidades de estruturação e organização dos processos para atendimento às demandas requeridas organizações hospitalares no período pandêmico, introduziu-se novas formas de capacitação e treinamento de pessoas, com novos métodos de aprendizagem, e apoio de ferramentas de GC.

Desse modo, considera-se a gestão do conhecimento, como uma estratégia importante para promover a segurança do paciente em organizações hospitalares, conduzida por gestoras, e observando a necessidade de uma teoria de suporte adequada para atingir os objetivos propostos.

Sendo assim, pode-se verificar que as organizações não conseguiram institucionalizar e incorporar um conjunto de práticas de GC para o conhecimento organizacional, no entanto, as tecnologias da informação foram incorporadas e continuam se desenvolvendo, utilizando ferramentas de bases tecnológicas.

Nesse sentido, sugerimos aos gestoras participantes do estudo que com base na teoria de criação do conhecimento organizacional, das ferramentas e fases da GC, realizarem planejamentos coerentes com o diagnóstico das necessidades da organização, para que o conhecimento se transforme, crie uma cultura organizacional e possibilite a construção de um modelo teórico de GC para SP nas organizações hospitalares.

Assim, esse estudo foi muito prazeroso de realizar, e acreditamos que oferece possibilidades para realização de outras pesquisas, onde sugerimos que outros trabalhos sejam feitos nessa linha.

Portanto, diante dos retornos verificados, é possível declarar que, a magnitude do estudo encontra-se em analisar as possibilidades de utilização da GC no sentido de promover a SP, em períodos pandêmicas ou não.

Diante disso, recomenda-se que a organização deve contemplar o desenvolvimento da GC em seu planejamento estratégico. A organização deve promover oportunidades para capacitação de profissionais sobre práticas de GC para aprimorar e criar habilidades para os gestores. Além disso, os componentes de gestão na formação profissional sejam contemplados de conteúdos sobre ferramentas e práticas de GC. As gestoras devem buscar a apropriação do conhecimento sobre as práticas e ferramentas de GC para construir e desenvolverem uma proposta para efetivação das fases de GC na organização. Nesse sentido, a educação permanente junto a área de gestão de pessoas deve promover ações estratégicas e capacitação dos profissionais da organização. É importante que as gestoras possam se apropriarem da teoria de criação do conhecimento organizacional e construam as bases necessárias para o funcionamento da GC.

Para além do supracitado, os gestores de NSP devem proporcionar atividades educativas no sentido de efetivar a capacitação dos profissionais para desenvolvimento, acompanhamento e avaliação dos protocolos básicos de SP, assim como articular a construção do Plano de Segurança do Paciente (PSP). Mesmo em períodos desafiadores com a pandemia da COVID 19, os gestores das áreas de EP, NSP, SCIH, Enfermagem, Farmácia e Comissão de ensino, atuaram na GC para a promoção da SP, com destaque nas fases de compartilhamento e produção do conhecimento e menor destaque para aplicação do conhecimento, devido aos limites em decorrência da necessidade de não promover aglomeração, dificultando dessa forma o processo

educativo para os profissionais. Apesar disso, contou-se com limitações do cenário pandêmico e a fragilidade no conhecimento sobre as práticas e ferramentas de GC, e foi possível a utilização de parte delas.

Conclui-se essa pesquisa no entendimento de que ela representa inúmeras contribuições para futuras reflexões sobre a aplicação das fases da GC na promoção da SP em organizações hospitalares.

Assim, o referencial teórico sobre a teoria de criação do conhecimento organizacional apresenta contribuições para a promoção da SP em períodos pandêmicos ou não, que pode ser visualizada no desenvolvimento dos conteúdos do ciclo do espiral do conhecimento, onde existem reflexões, compartilhamento do conhecimento, conversão do conhecimento tácito em explícito, combinação, com a colocação do novo conhecimento que proveniente de diversas áreas da organização, em uma rede e o aprender fazendo, mediante as atividades de atualização em oficinas sobre determinados temas prioritários para a manutenção da SP e um novo sistema gerencial.

Portanto, confirma-se que as práticas implementadas para a gestão do conhecimento a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares envolvem ações pessoais e institucionais com apoio de organizações científicas, instituições de ensino, de instrumentos legais para a elaboração e atualização de tecnologias leves e leve duras a fim de criar uma memória tecnológica e de pessoas, possível de ser socializada intra e extra institucional.

REFERÊNCIAS

BIOPSIN, P. dos S.; RIBAS, E. O.; SILVA, D. M. da. (org.). **Guia Prático para a segurança do paciente/ Organizadoras:** Patrícia dos Santos Biopsin, Elenara Oliveira Ribas, Debora Monteiro da Silva. Porto Alegre: Moriá, 2019. 255 p.:il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a Segurança do Paciente e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília. DF, ano 2013a, p. 32, 26 julho 2013. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/57037708/dou-secao-1-26-07-2013-pg-32>. Acesso em: 10 jun. 2021.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 53 de 14 de novembro de 2013.** Altera a Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília. DF, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0053_14_11_2013.html. Acesso em: 05 jun. 2021.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília. DF, 2013e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 10 jun. 2021.

_____. _____. **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.: il. ISBN 978-85-334-2130-1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 05 jul. 2021.

_____. _____. Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília. DF. Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 15 jul. 2021.

_____. _____. Portaria nº 1.377 de 09 de julho de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.** Brasília. DF, 2013d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso em: 10 jun. 2021.

CALDANA, G. et al. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 3, p: 906-11, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cM8Vn6jCdvq4zLWDsqNzzhd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CHARLES, ALMABERTI, 2016. **Cuidados de saúde mais seguro:** estratégias para o cotidiano do cuidado, Rio de Janeiro, 2016.

COUTO, R. C. et. al. **II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil**. São Paulo: IESS, 2018. 99 pg. Disponível em: Acesso em: 15 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética da Enfermagem Brasileira** (internet). Brasília: Conselho Federal de Enfermagem: 2018. Acesso em 25 de julho de 2021. Disponível <http://www.cofen.gov.br/>

EBSERH – **Empresa Brasileira**. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/protocolos-basicos-internacionais-de-seguranca-do-paciente/protocolos-basicos-internacionais-de-seguranca-do-paciente>

FARIAS, Diego Carlos; ARAUJO, Fernando Oliveira de Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 6 [Acessado 17 Novembro 2021] , pp. 1895-1904. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26432016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26432016>.

GOMES, A.T. L. et. al. Erro Humano e Cultura de Segurança à Luz da Teoria do “Queijo Suíço”: Análise Reflexiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 4):3646-52, set., 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/carin/Dropbox/My%20PC%20\(LAPTOP-M6D9A880\)/Downloads/11139-24795-1-PB.pdf](file:///C:/Users/carin/Dropbox/My%20PC%20(LAPTOP-M6D9A880)/Downloads/11139-24795-1-PB.pdf). Acesso em: 13 jul. 2021.

ISMP. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos – ISMP Brasil. **Desafio Global de Segurança do Paciente Medicação Sem Danos**. Belo Horizonte, v. 7. fev. 2018.

LIMA JUNIOR, A. J. de & GERHARDT, L. M. Desafio global da organização mundial da saúde: redução de danos associados à administração de medicamentos. **Revista Contexto & Saúde**, v. 17, n. 32, p: 1–4, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2017.32.1-4>. Acesso em: 13 jul. 2021.

MARRA, V. N.; SETTE, M. de L. (coord.). **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde**: edição multiprofissional/ Coordenação de Vera Neves Marra, Maria de Lourdes Sette. — Rio de Janeiro: Autografia, 2016. 270 p.

MENDES, W. **Taxonomia em segurança do paciente**, in; SOUSA. P. and MENDES. W, comps. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**, 2nd.ed.rev.updt. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019. Pp 59-73

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre os cursos da modalidade educação a distância na área da saúde. Diário Oficial da União: seção 28, n. 38, Brasília. DF, ano 2018, p. 85-90, 28 fevereiro 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2021. ~

_____. **Segurança do Paciente. Campanha Abril pela Segurança do Paciente**. 2017. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/abril-pela-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 11 jul. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **PROQUALIS: Aprimorando as Práticas de Saúde.** Relatórios. 10 fatos sobre a segurança do paciente. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://proqualis.net/relatorio/10-fatos-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente>. Acesso em: 24 jun. 2021.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Quem somos** (online). 2020. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

_____. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Acordo Básico de cooperações da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente.** 2020. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SANTOS, Thadeu Borges Souza et al. Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID 19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 4 [Acessado 17 Novembro 2021], pp. 1407-1418. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>>. Epub 19 Abr 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>.

SOBRASP. **Sociedade brasileira para a qualidade do cuidado e segurança do paciente** Acesso em 20 de julho de 2021. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br>

URBANETTO, S. J.; GERRHART, M. L. Segurança do paciente na tríade Assistência Ensino Pesquisa (Editorial). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p: 8-9, 2013

WHO. World Health Organization. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.** Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo. Enero, 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf. Acesso em: 20 jul. 2021.

_____. World Health Organization & World Alliance for Patient Safety. **Research Priority Setting Working Group.** 2008. Summary of the evidence on patient safety: implications for research/ Edited by Ashish Jha. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>. Acesso em: 20 jul. 2021.

_____. World Health Organization. **Patient safety: making health care safer** [Internet]. Geneva: WHO [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/25550>» <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507>

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa intitulada: **Práticas de gestão do conhecimento para a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19.** O objetivo geral dessa pesquisa é analisar as práticas de gestão do conhecimento de gestoras para a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19 a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares. **Tem como objetivos específicos:** descrever as práticas de gestoras para aquisição do conhecimento a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19, descrever as práticas de gestoras para criação do conhecimento a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19, descrever as práticas de gestoras para aplicação do conhecimento a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19, descrever as práticas de gestoras para o compartilhamento do conhecimento a fim de promover a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19 e propor um modelo que direcione gestoras para implementar práticas sistemáticas de gestão do conhecimento para promoção da segurança do paciente em organizações hospitalares. Trata-se de uma pesquisa que será desenvolvida no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da EEFUBA. A coleta de informações será realizada pelas pesquisadoras vinculadas à investigação. A sua colaboração se dará pela resposta ao instrumento de pesquisa que será enviado previamente, por e-mail, e feito o agendamento para realização do procedimento da entrevista, nos meses de maio de 2022 a janeiro de 2023, e será respondido de acordo com a sua disponibilidade. A participação na pesquisa acontecerá de forma não remunerada e voluntária. Serão respeitados os princípios éticos que regem o trabalho científico. Os benefícios em realizar esta pesquisa margeiam: a dimensão da produção de informações para qualificar a assistência à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Após respondido, o formulário e o conteúdo das entrevistas serão armazenados com segurança nas nuvens, com acesso limitado a pesquisadora e suas orientandas. Os impressos serão guardados, na íntegra,

tendo seu conteúdo arquivado em caixa arquivo, lacrada, pelo período de cinco anos, no grupo de pesquisa GEPASE, situado no sexto andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Após este período o grupo de pesquisa, decidirá entre manter a guarda ou proceder destruição, que será feito pela coordenadora responsável da pesquisa, por meio de desativação à sincronização exclusão dos dados nas nuvens (deletar) e calor (queimar). Caso você decida participar de modo voluntário, as pesquisadoras irão assegurar o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que preencheu o formulário, buscando respeitar a sua integridade intelectual, cultural e social. Esclarecemos acerca dos potenciais riscos que compreendem a dimensão física, psíquica, social e ainda possíveis desconfortos decorrentes das respostas ao instrumento de pesquisa, dentre os quais estão: exposição ainda que anônima da sua experiência em plataformas digitais (banco de teses e dissertações), interferência na rotina de trabalho e embaraço de responder a questionamentos. Nós pesquisadoras evitaremos ou minimizaremos os potenciais riscos e desconfortos, através das seguintes providências: certificação da guarda dos dados gerados, responder o formulário em horário conveniente ao entrevistado e treinamento da equipe com relação aos protocolos da pesquisa. Em caso da ocorrência de danos não previstos neste termo ou perante os sinais de desconforto que comprometa a expressão livre de suas opiniões, serão adotadas as medidas para saná-los e se, caso necessário, suspenderemos imediatamente a pesquisa. O acompanhamento se dará a partir da emissão do Parecer pelo Comitê de Ética em pesquisa, nas etapas de aproximação com os campos, testagem do instrumento e coleta de informações, análise dos dados, cumprimento dos relatórios requeridos e quanto a socialização dos resultados às organizações envolvidas no estudo. Será garantido o ressarcimento de todos os gastos decorrentes da pesquisa e o direito de receber assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo tempo que for necessário, se ocorrer o dano. Em qualquer fase da pesquisa será garantido a disponibilização de todas as informações referente à pesquisa, através de explicações compreensíveis e do esclarecimento de eventuais dúvidas por parte das pesquisadoras. Você receberá uma via desse documento devidamente assinada por você e pelos pesquisadores responsáveis, com todas as folhas rubricadas. Caso deseje, você poderá obter o formulário com suas respostas na íntegra, elas serão fornecidas a você via e-mail para dar o destino que julgar. Cabe as pesquisadoras deste estudo a divulgação dos resultados à comunidade em geral. A divulgação e socialização dos dados têm o objetivo de beneficiar a sociedade ao que tange a produção científica respeitando os princípios da não-maleficência. Você é livre para desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, com exclusão das informações por você prestadas, sem qualquer penalização, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. As pesquisadoras e os participantes não receberão remuneração pela participação deste estudo. Caso haja alguma dúvida sobre a participação nesta pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (71) 32837361, do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por meio dos e-mails pessoal e institucional (rosanaosilva@hotmail.com; anacor@hotmail.com; mariadoespirito@gmail.com

ppgenufba@gmail.com), (mariadoespirito@gmail.com) e o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UFBA, no e-mail cepee.ufba@ufba.br ou, ainda, ir diretamente ao local, situado na Escola de Enfermagem – UFBA, rua Dr. Augusto Viana, s/n, sala 432-437 – Canela, Salvador – BA. CEP: 40110-060. O horário de funcionamento: segundas, quartas e quintas das 8h às 14h, terças e sextas das 11h – 17h.

Caso você concorde, solicitamos autorização para o uso das informações para fins de elaboração de teses, elaboração de dissertações, publicação de artigos científicos, divulgação e apresentação em eventos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma via deste documento. Esta deverá ser guardada em caso de esclarecimento de dúvidas e garante seus direitos como participante da pesquisa.

Li e concordo em participar da pesquisa.

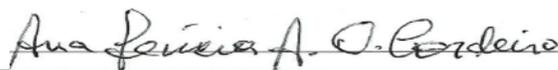
Local: _____ Data: ___/___/_____

.....
Assinatura do Participante

Declaro que este documento está em conformidade com os itens IV.3 e IV.4 da Resolução CNS 466/2012.



Prof.^a. Dr.^a. Rosana Maria de Oliveira Silva – pesquisadora responsável



Prof.^a. Dr.^a. Ana Lucia Arcanjo Oliveira Cordeiro – pesquisadora responsável



.....
Doutoranda: Maria do Espírito Santo da Silva

Agradecemos sua atenção, interesse em contribuir com produção científica e a disposição em participar do estudo.

Outras informações de contato para dúvidas, esclarecimentos ou defesa dos seus direitos assegurados na pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UFBA, dispõe dos seguintes contatos: Telefone (71)32837615, e-mail cepee.ufba@ufba.br ou, ainda, ir diretamente ao local, situado na Escola de Enfermagem – UFBA, rua Dr. Augusto Viana, s/n, sala 432-437 – Canela, Salvador – BA. CEP: 40110-060. O horário de funcionamento: segundas, quartas e quintas das 8h às 14h, terças e sextas das 11h – 17h.

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/HUPES/UFBA, Telefone (71)32838043, e-mail cep.hupes@ebserh.gov.br. Rua Dr. Augusto Viana, s/n, 1^o andar ala central – Canela, UFBA Município Salvador, Fax: (71)32838140. CEP-40.110-060.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HOSPITAL SANTA IZABEL. Dispõe dos seguintes contatos: Telefone (71)22038362, e-mail cephsi@santacasa.org.br ou, ainda, diretamente ao local, situado a Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500, Nazaré, Salvador – Ba, CEP 40050-410. Com horário de atendimento de: segundas a quinta feira, no horário das 07:00 às 17:00h.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/SESAB, situado na Av. Antônio Carlos Magalhães, s/n – Centro de Atenção à Saúde/ESPBA Iguatemi, CEP:40301-155, telefone (71) 31031671, E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br.

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B. Sala 104B. Brasília – DF. CEP: 70.058-900 – Brasil. Telefone (61) 3315-2150 | 3315-3821.

E-mail

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada

INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

Projeto: Gestão do conhecimento estratégico e da segurança do paciente para o desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde

PARTE 1 – Objetivo: caracterizar a gestora entrevistada e a organização

Comunidade de prática é um grupo de pessoas que por meio da interação contínua, compartilha de um interesse, um conjunto de problemas, relacionados a uma temática, aprofundando os seus conhecimentos e especialidades nesta área.

INFORMAÇÕES DA GESTORA

*Gestor(a) de Enfermagem Sexo: F () M () Idade: _____	N. da entrevista
Ano de graduação:	Formação: () graduação () especialização () mestrado () doutorado () outros _____
Data de admissão no Hospital	Função/Cargo que ocupa/ano /meses de admissão no cargo
Qualificação específica para o cargo: () curso de curta duração () treinamento () aperfeiçoamento, qual ? _____	
Tem outro vínculo de trabalho () gestão () assistencial () ensino Outros _____	

INFORMAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO/UNIDADES/SERVIÇOS QUE ATUA COMO GESTORA

Razão Social: público () privado () filantrópico () Público Privado ()	Tempo de funcionamento _____
Número de leitos: _____	Porte do hospital: () pequeno () médio () grande
Número de profissionais de enfermagem: enfermeiras _____ técnicos _____	Acreditado () sim () não Nível de acreditação: _____
Número de enfermeiros ocupando cargos gerenciais:	Existência de Núcleo de segurança do paciente Tempo de funcionamento: _____

Parte 2 - ENTREVISTA

Questões norteadoras:

1. Como você adquire, aplica, produz e compartilha o conhecimento necessário para o funcionamento do serviço/unidade que gerencia?

APÊNDICE C - Cronograma para coleta de informações

z	Mês	Organização	Setor	Participante da Pesquisa	Status	
					Realizada	Não Realizada
1	Maio	H1	CCIH	Coordenador da área		
			EP	Coordenador da área		
			NSP	Coordenador da área		
			Divisão de Enfermagem	Gestora de Enfermagem		
2	Junho	H2	Diretoria de Enfermagem	Diretora de Enfermagem		
			CCIH	Coordenador da área		
			EP	Coordenador da área		
			NSP	Coordenador da área		
3	Julho	H3	CCIH	Coordenador da área		
			EP	Coordenador da área		
			NSP	Coordenador da área		
			Diretoria de Enfermagem	Diretora de Enfermagem		
4	Agosto	H4	Coordenador da área	Diretora de Enfermagem		
			CCIH	Coordenador da área		
			NSP	Coordenador da área		
			EP	Coordenador da área		
5	Setembro	H5	Diretoria de Enfermagem	Diretoria de Enfermagem		
			Diretoria de Enfermagem	Coordenador da área		
			NSP			
			EP			
			CCIH			
6	Outubro	H6	Gerencia de Enfermagem	Gerente de Enfermagem		
7	Novembro	H7	CCIH	Coordenador da área		
			NSP			
			EP			
8	Dezembro	H8	CCIH			
			NSP			
			EP			

APÊNDICE D - Carta convite aos possíveis participantes da pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

TÍTULO DO PROJETO: Práticas de gestão do conhecimento para a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19.

Salvador, maio de 2022.

Prezado (a) Colega,

Dando prosseguimento as etapas do curso de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da UFBA, e tendo a necessidade de construir o meu Projeto de Tese, solicito sua colaboração no sentido de participar da minha pesquisa, intitulada **Práticas de gestão do conhecimento para a segurança do paciente em organizações hospitalares no contexto da pandemia da COVID 19**. A referida pesquisa tem como **objetivos:** analisar as práticas implementadas pelas gestoras, para a aquisição, aplicação, criação e compartilhamento do conhecimento, a fim de promover a **segurança do paciente** em organizações hospitalares e propor um modelo que direcione os gestores para implementar práticas sistematizadas de **gestão do conhecimento** para a promoção da segurança do paciente em organizações hospitalares.

A técnica a ser utilizada será uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro prévio.

Para tanto, convido você a participar desse estudo.

Solicito que informe sua disponibilidade de data e horário para realização da entrevista.

Desde já agradeço antecipadamente.

Maria do Espírito Santo da Silva
Enfermeira Coren 10623
Doutoranda do PPGENF-UFBA

APÊNDICE E - Oportunidades de atualização para os profissionais de saúde

ABEN	COFEN	REBRAENSP	SOBRASP	FIOCRUZ	EESP/SESAB
<ul style="list-style-type: none"> - Documentos úteis para profissionais de saúde-COVID 19 - Sequência de parâmetros e desparâmetros para pacientes suspeitos ou confirmados por COVID 19 - Esclarecimentos sobre o uso de máscaras - Roda de conversa - - -Diálogos da atenção básica sobre a pandemia da COVID 19 - Cartilha de saúde mental para profissionais que atuam em situação de rua com COVID 19 - Cuidados pós morte em ambientes hospitalares - Cuidados para idosos com COVID 19 - Nota de recomendação para prevenção de infecção por coronavírus para profissionais e população em geral - Manual de prevenção de controle da COVID 19 - Orientações para profissionais das instituições geriátricas frente ao novo coronavírus - Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia COVID 19 nos hospitais - Nota da Aben – Enfermagem no combate a pandemia da COVID 19 	<ul style="list-style-type: none"> - Cartilha sobre colocação e retirada de EPIs - Nota técnica sobre competências do enfermeiro na pandemia da COVID 19 - Portaria nº 639/2020 que trata sobre capacitação a distância de protocolos clínicos de enfrentamento a pandemia COVID 19 - Orientações sobre o transporte de pacientes suspeitos e confirmados de COVID 19 - Publicação de relatos de experiência sobre a COVID 19 na revista Foco, 2020 - Protocolos de uso de máscaras, isolamento e higienização sanitária - Boletins informativos - Orientações de como lidar com a Ebook COVID 19 - Palestras - Diretrizes para serviços de enfermagem frente à pandemia da COVID 19 - “Conversando com a COVID 19 - Nota técnica sobre o coronavírus 01/2020 - Recomendações para organização dos serviços de saúde e preparo das equipes de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientações sobre a estrutura e modo de operação dos comitês de crise - Check de estrutura para enfrentamento da pandemia COVID 19 - Simulador de demandas de medicamentos essenciais para o enfrentamento a pandemia COVID 19 - Itinerário para aprendizagem sobre envolvimento do paciente e família - Nota da Rebraensp sobre o coronavírus - Recomendações da Rebraensp para os profissionais de enfermagem - Orientação sobre higienização de máscara facial, viseira e oculus - Entrevistas - Palestras - A gestão da segurança dos profissionais de saúde no contexto da COVID 19 nos espaços de cuidado em saúde - Capacitação x Segurança dos profissionais - Gestão de riscos em prol da segurança dos colaboradores 	<ul style="list-style-type: none"> - Webinar sobre a segurança do paciente e a COVID 19 - Live – Fisioterapia e COVID 19- O que aprendemos? - Webinar COVID 19- aprendizagem de lideranças femininas da saúde - Artigos sobre COVID 19 e segurança do paciente para pediatria - Direito ao cuidado em saúde de qualidade e segurança. Você conhece esse direito? - Perguntas e respostas sobre vacinação COVID 19 - Vacinas contra o coronavírus: boas práticas - Webinar segurança do paciente e a COVID 19 - Ambiente seguro para a COVID 19 - Como manter os princípios da segurança do paciente em tempos de COVID 19? 	<ul style="list-style-type: none"> - Balanço COVID 19 2020-2022 - Prevenção e controle da COVID 19 - Documentos produzidos pelo observatório COVID 19 - Produção de série de materiais informativos sobre a pandemia da doença pelo SARS-COV2 - Rede de bibliotecas apresentando artigos científicos sobre a COVID 19 	<ul style="list-style-type: none"> - Curso de vigilância de óbito por COVID 19 - - - Manual de orientação para vigilância do óbito por COVID 19 - Curso de Boas Práticas de Limpeza e Desinfecção nas Unidades Básicas de Saúde frente à Pandemia do COVID 19 - Boas práticas de limpeza e desinfecção nas UBS frente à pandemia COVID 19 - Medidas de Higiene durante isolamento domiciliar de casos suspeitos / confirmados COVID 19 - Fluxos assistenciais para pacientes suspeitos de COVID 19

APÊNDICE F - Quadro de articulação das fases de gc com categorias evidenciadas e o ciclo do modelo SECI

Nº	Fase de GC	Categoria	Modelo SECI (Teoria)
1	Aquisição do Conhecimento	1.1 Capacitação profissional no contexto da COVID 19 1.2 Conhecimento gerado por materiais científicos 1.3 Leitura de normas técnicas 1.4 Processo interativo entre colaboradores	1. Externalização 2. Internalização 3. Combinação 4. Socialização
2	Criação/Produção do Conhecimento	2.1 Construindo novos protocolos	1. Socialização 2. Externalização
3	Aplicação do conhecimento	3.1 Normas Rotinas 3.2 Treinamento de acompanhantes e pacientes	1. Combinação 2. Internalização
4	Compartilhamento do conhecimento	4.1 Promoção de atividades educativas 4.2 Criação de canais digitais 4.3 Produção de relatos científicos e técnicos	1. Socialização 2. Combinação

ANEXO A – Parecer Consubstanciado Escola de Enfermagem

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DO CONHECIMENTO ESTRATEGICO E DA SEGURANÇA DO PACIENTE PARA O DESENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS E DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Pesquisador: ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53613621.0.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.168.134

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão do protocolo de pesquisa matriz que se propõe a investigar gestão do conhecimento estratégico e da segurança do paciente para o desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde no Estado da Bahia. Pesquisa exploratória, descritiva, explicativa, na perspectiva mista de investigação. A coleta de dados ocorrerá em organizações de saúde que integram a rede de atenção à saúde do SUS desde a atenção primária até a atenção de alta complexidade do estado da Bahia. Para aprovação deste CEP estão apenas as instituições da rede de atenção hospitalar, quando for iniciar a coleta de dados na rede de atenção básica, será encaminhada uma emenda ao CEP com nomes das unidades e cartas de anuência, conforme documento (Declaracao_Atencao_Basica_Projeto.pdf, anexado em 14.12.21). Serão incluídos sessenta gestores, líderes, supervisores, coordenadores, diretores dos serviços, unidades de organizações de saúde. Os critérios de inclusão serão: gestores dos serviços, unidades que ocupam cargos de gestão, coordenação, supervisão, liderança, direção de organizações públicas e/ou privadas do estado da Bahia, como também aqueles envolvidos na gestão do enfrentamento da COVID19, núcleos de segurança do paciente e educação permanente; para os critérios de exclusão: gestores(as) que iniciaram suas atividades em período inferior a seis meses do início da coleta. Para o instrumento de coleta utilizar-se-á um formulário organizado em quatro partes: caracterização dos gestores e das organizações de saúde, identificação das variáveis quantitativas

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 5.168.134

por meio de um check list e entrevista semiestruturada com abordagem qualitativa. Os dados quantitativos serão analisados por análise estatística e os qualitativos, por meio da análise de conteúdo temática. A coleta dos dados, diante do contexto de distanciamento social exigido pela pandemia, será realizada virtualmente através de plataformas digitais, seguindo o cronograma da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme explicitado no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil.

Objetivo primário: "Traz como objetivo geral analisar os conhecimentos estratégicos utilizados pelos(as) gestores(as) no enfrentamento da pandemia da COVID-19 nas organizações de saúde, como também as práticas de gestão estratégica do conhecimento prioritárias para o desempenho organizacional, de forma a promover a segurança do paciente e o desenvolvimento dos profissionais no contexto da pandemia da COVID-19 na atenção primária e hospitalar."

Objetivo secundário: "Tem como objetivos secundários, descrever como os gestores operacionalizam esses conhecimentos nas organizações de saúde para promover a segurança do paciente e o desenvolvimento dos profissionais no contexto da pandemia da COVID-19; identificar como os gestores das organizações de saúde enfrentaram a pandemia da COVID-19 em relação à segurança do paciente e desenvolvimento dos profissionais a fim de garanti-los com eficácia e eficiência."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme explicitado no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil.

Riscos: "Quanto aos riscos que integram as dimensões: física, psíquica, social e ainda possíveis desconfortos emocionais que poderão advir quando das respostas às entrevistas, tais como a exposição ainda que anônima da sua prática profissional em plataformas digitais, interferência na rotina de trabalho e inibição em responder a questões a respeito de atribuições desenvolvidas na prática da atuação profissional, serão minimizados e toda atenção será dispensada ao participante da pesquisa. Esses riscos, caso ocorram serão minimizados por parte dos pesquisadores devidamente treinados, buscando a garantia da guarda dos dados, além de providenciar o atendimento necessário aos participantes da pesquisa. Em caso da ocorrência de dano mediante os sinais de desconforto que comprometa a expressão livre de

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 5.168.134

Declaração de Pesquisadores	Termo_Do_rientador.pdf	30/10/2021 19:10:19	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Hospital_Couto_Maia.pdf	30/10/2021 19:00:05	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Hospital_Cleriston_Andrade.pdf	30/10/2021 18:54:13	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Hospital_Incar.pdf	30/10/2021 18:52:47	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Outros	Termo_De_Autorizacao_Institucional.pdf	19/10/2021 19:49:59	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Outros	Instrumento_Para_Coleta_De_Informacoes.pdf	11/10/2021 00:37:45	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Do_Projeto.pdf	11/10/2021 00:34:08	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HGRS.pdf	30/09/2021 16:25:27	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HospitalDeSapeacu.pdf	30/09/2021 16:24:24	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HospitalDoSuburbio.pdf	30/09/2021 16:23:22	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Hupes.pdf	30/09/2021 16:22:28	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 15 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Márcia Maria Carneiro Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B – RDC

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
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.

A **Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos III e IV, do art. 15 da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o inciso II, e §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e suas atualizações, tendo em vista o disposto nos incisos III, do art. 2º, III e IV, do art. 7º da Lei n.º 9.782, de 1999, e o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação da Agência, instituído por meio da Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008, em reunião realizada em 23 de julho de 2013, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**Seção I**
Objetivo

Art. 1º Esta Resolução tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Seção II
Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

Seção III
Definições

Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I – boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II – cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III – dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

IV – evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde;

V – garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI – gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII – incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII – núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX – plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X – segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI – serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

XII – tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

Seção I Da criação do Núcleo de Segurança do Paciente

Art. 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

§ 2º No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

Art. 5º Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

I – recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;

II – um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I – A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II – A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III – A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV – A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art. 7º Compete ao NSP:

I – promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II – desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III – promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV – elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V – acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI – implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII – estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII – desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX – analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X – compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI – notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII – manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII – acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Seção II

Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

I – identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II – integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

III – implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV – identificação do paciente;

V – higiene das mãos;

VI – segurança cirúrgica;

VII – segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII – segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

IX – segurança no uso de equipamentos e materiais;

X – manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;

XI – prevenção de quedas dos pacientes;

XII – prevenção de úlceras por pressão;

XIII – prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XIV – segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XV – comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

XVI – estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

XVII – promoção do ambiente seguro

**CAPÍTULO III
DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS
ADVERSOS**

Art. 9º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP.

Art. 10 A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Parágrafo único – Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Art. 11 Compete à ANVISA, em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

- I – monitorar os dados sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde;
- II – divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde;
- III – acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.

**CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

Art. 12 Os serviços de saúde abrangidos por esta Resolução terão o prazo de 120 (cento e vinte) dias para a estruturação dos NSP e elaboração do PSP e o prazo de 150 (cento e cinquenta) dias para iniciar a notificação mensal dos eventos adversos, contados a partir da data da publicação desta Resolução.

Art. 13 O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 14 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO