



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**KATHLENE ROCHA DOS SANTOS**

GESTÃO DE ENFERMEIRAS NA APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO PARA A  
SEGURANÇA DO PACIENTE

SALVADOR

2024

**KATHLENE ROCHA DOS SANTOS**

**GESTÃO DE ENFERMEIRAS NA APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO PARA A  
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de Mestra em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na linha de pesquisa: “Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde”.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Josicélia Dumet Fernandes.

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro.

SALVADOR

2024

S237 Santos, Kathlene Rocha dos

Gestão de enfermeiras na aplicação do conhecimento para a segurança do paciente/Kathlene Rocha dos Santos. – Salvador, 2024.

123 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Josicélia Dumet Fernandes; Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2024.

Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Gestão do conhecimento. 2. Gestão em enfermagem. 3. Segurança do paciente. 4. Unidade de terapia intensiva. I. Fernandes, Josicélia Dumet. II. Cordeiro, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 616-083

# KATHLENE ROCHA DOS SANTOS

## GESTÃO DE ENFERMEIRAS NA APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde, área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na linha de pesquisa: “Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde”.

**Aprovada em 05 de agosto de 2024.**

### BANCA EXAMINADORA

Josicélia Dumêt Fernandes (Orientadora)



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

Elaine Andrade Leal Silva (Membro Externo)

Documento assinado digitalmente  
gov.br ELAINE ANDRADE LEAL SILVA  
Data: 08/08/2024 09:23:12-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Doutora em Enfermagem e Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Neuranides Santana (Membro Interno)

Documento assinado digitalmente  
gov.br NEURANIDES SANTANA  
Data: 06/08/2024 18:53:36-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

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

Giselle Alves da Silva Teixeira (Membro Interno)



Pós-doutorado em Enfermagem e Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Fileno Paulo e Maria do Carmo, por sempre me  
incentivarem a buscar o conhecimento!

Aos meus filhos, Bianca e David, vocês dão um significado ímpar a  
minha vida!

Ao meu irmão Luciano Rocha, que embora longe, sempre estará perto  
em meu coração!

## AGRADECIMENTOS

Ao meu querido e amado DEUS, agradeço imensamente a oportunidade de realizar um antigo sonho, fruto da dedicação e esforço pessoal em busca do conhecimento. Obrigada por ter me amparado em todos os momentos, mesmo naqueles mais desafiadores, e por ter colocado em meu caminho verdadeiros anjos de luz, que me encorajaram a seguir por meio de palavras de incentivo e energia positiva.

Aos meus pais, especialmente a minha mãe que sempre me incentivou, com seu exemplo de mulher forte e resiliente, a buscar o conhecimento e a superar os desafios que porventura se apresentassem em minha vida. Saibam que as minhas conquistas são frutos do apoio, incentivo, confiança, conselhos e expectativas que vocês depositaram e depositam em mim!

Aos meus queridos filhos Bianca Luísa e David Miguel, vocês são fontes de inspiração para eu buscar diariamente o conhecimento. Obrigada por estarem comigo e por compreenderem os meus momentos de isolamento e ausência.

Ao meu querido irmão Luciano Rocha, e minha cunhada Ana Maria que, apesar da distância, sempre me apoiaram e enviaram vibrações positivas.

Aos meus avós paternos, Sr. Filemon dos Santos (*in memorian*) e Sra Elisabete Barros (*in memorian*) e tia Maria José Santos (*in memorian*) e demais familiares que compreenderam minha ausência e me apoiaram incondicionalmente nessa jornada.

A minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Josicélia Dumêt Fernandes e coorientadora a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro pelos momentos de orientação, escuta, troca de conhecimentos e por acreditarem no meu potencial.

À querida enfermeira Dr<sup>ª</sup>. Iranete Almeida e família, pelo apoio, incentivo e disponibilidade em fazer com que os encontros fossem enriquecedores e regados com bom humor e leveza.

Aos amigos do meu querido Hospital Universitário Professor Edgard Santos, em especial, Elisa Ribeiro, Isabella Wanderley, Natália Rosas, Karolline Macedo, Sônia Nunes, Jakeline Bastos, Míria Ferreira, Lílian Rodrigues, Tatiana Kieffer, Tatiana Damasceno, Taíze Muritiba, Monalisa Viana, Lorena Carvalho, Carolina Calixto, Rosana Mota e Valdenir Almeida pelo incentivo, apoio e convivência diária.

Ao professor Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva pelo exemplo de dedicação ao ensino e ao desenvolvimento do conhecimento científico.

Aos queridos professores e professoras da Disciplina Cuidados de Enfermagem a Pessoa no Contexto Hospitalar: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ana Carla Coelho, Prof. Dr. Anderson Reis, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Roberta

Goes, Prof. Dr. Rafael Carvalho e Prof<sup>a</sup> Msc Halanna Bastos pelo acolhimento e conhecimentos compartilhados durante a realização do Tirocínio Docente Orientado.

Aos participantes da pesquisa, agradeço o acolhimento e o compartilhamento de experiências, fundamentais para o desenvolvimento deste estudo.

Aos professores e colegas do grupo de pesquisa GEPASE pela convivência harmoniosa e oportunidades de compartilhamento de conhecimento, especialmente as enfermeiras Luciana Dourado, Queuam Oliveira e Carina Estrela pela amizade, apoio, carinho e incentivo de sempre. Gratidão ainda às enfermeiras Naomi e Keile, pelo apoio e parceria ao longo da jornada. Vocês foram fundamentais em vários momentos nesta caminhada.

Ao meu padrinho Divaldo Alves da Rocha e sua doce esposa Tereza Cristina pelo apoio, palavras de incentivo e orações.

As amigas Célia Andrade, e sua filha Andreia, a Lidiane, Valdelice, Eronildes e Neuza que compreenderam meu afastamento nestes anos de dedicação ao desenvolvimento dessa pesquisa.

As amigas da Igreja Messiânica, em especial a Marineide e a Ministra Rowvera pelo incentivo, conselhos e orações.

Às minhas grandes amigas de infância Sandra, Paula, Janira e Cíntia, pela torcida, apoio e compreensão pelos momentos de afastamento. Nossa amizade será para além desta vida!

## **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.



“O conhecimento é um bem altamente valioso, que não pode ser tirado, não perde seu valor, e ao ser compartilhado, não é subtraído”.

(Charles Marlem)

## RESUMO

**SANTOS, K.R. Gestão de enfermeiras na aplicação do conhecimento para a segurança do paciente.** Dissertação. Universidade Federal da Bahia. Salvador – Ba, p.128. 2024.

Trata-se de uma pesquisa que tem por objetivo geral conhecer as estratégias gerenciais realizadas pelas enfermeiras gestoras na aplicação do conhecimento para a segurança do paciente. Estudo qualitativo, descritivo-exploratório, realizado com 10 enfermeiras gestoras de unidades de terapia intensiva de dois hospitais públicos de ensino, do nordeste brasileiro. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeira e ocupar cargo de gestão em unidade de terapia intensiva e, como critérios de exclusão, afastamentos por férias, licenças e recusa em participar do estudo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, entre julho e setembro de 2023, através de um instrumento semiestruturado, adaptado e testado previamente. Após aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido, realizou-se a coleta de dados, nas datas e locais de escolha das participantes, pela pesquisadora e por uma estudante de enfermagem, devidamente treinada, do último semestre de graduação. Os dados foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin que consta das etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pesquisa foi aprovada sob o Parecer nº 5.168.134 e foram adotados todos os princípios da ética em pesquisa. Após análise, emergiram três categorias e suas respectivas subcategorias: Categoria I – Sensibilizam os profissionais da equipe para aplicação do conhecimento e duas subcategorias: Valorizam o aspecto pessoal, profissional e o trabalho em equipe; promovem o acolhimento e o comprometimento dos profissionais. Categoria II – Utilizam de recursos intra e extra organizacionais para a capacitação dos profissionais e duas subcategorias: Identificam as necessidades de capacitação individual e coletiva da equipe; e utilizam estratégias pedagógicas diversificadas para capacitar os profissionais e se auto capacitar. Categoria III - Viabilizam condições para aplicação do conhecimento nas práticas laborais da equipe e três subcategorias: Utilizam instrumentos normativos e técnico-científicos na prática assistencial; monitoram a equipe na utilização de novos conhecimentos; e compartilham o conhecimento nas práticas assistenciais. Conclui-se que as gestoras de enfermagem coordenam a aplicação do conhecimento para a segurança do paciente através das estratégias de sensibilização, capacitação em serviço e monitoramento contínuo dos processos de trabalho da equipe. Tais estratégias têm contribuído para o desenvolvimento de um ambiente profícuo ao aprendizado, ao surgimento de inovações e alcance das metas organizacionais, através da aquisição e compartilhamento de conhecimento. No entanto, não se evidenciou a intencionalidade e nem a percepção de que essas estratégias são pertinentes a um processo de gestão do conhecimento organizacional. Desse modo, considera-se fundamental potencializar às gestoras maior entendimento sobre a importância de conduzir a equipe para transformar o conhecimento individual em ação coletiva utilizando o planejamento estratégico que, ao ser aplicado sistematicamente, promove a segurança do paciente, melhorias no desenvolvimento dos serviços, crescimento profissional e organizacional.

**Palavras-chave:** Gestão do conhecimento. Gestão em Enfermagem. Segurança do paciente. Unidade de terapia intensiva.

## ABSTRACT

SANTOS, K.R. **Nursing management in the application of knowledge towards patient safety**. Master's thesis. Universidade Federal da Bahia. Salvador – Ba, p.128. 2024.

The general objective of this research is to learn about the management strategies that nurse managers employ to apply knowledge towards patient safety. This is a qualitative, descriptive-exploratory study carried out with 10 nurses who manage intensive care units in two public teaching hospitals in northeastern Brazil. The inclusion criteria specified that participants must be nurses holding management positions in an intensive care unit, and the exclusion criteria included being on vacation or leave and declining to participate in the study. Semi-structured interviews were carried out from July to September 2023 using an adapted and tested semi-structured instrument. After filling out the free and informed consent form, data collection took place on dates and at places chosen by the participants, conducted by the researcher and a duly trained nursing student from the last semester of her undergraduate course. The data was analyzed according to Bardin's content analysis method, which comprises the following steps: pre-analysis, material exploration, and results processing. The study received approval under Report No. 5.168.134, adhering to all ethical research principles. After analysis, three categories and their respective subcategories emerged. Category I – They raise awareness among the team's professionals to apply knowledge – has two subcategories: They value the personal, professional and teamwork aspects; and They promote welcoming and commitment among professionals. Category II – They use intra- and extra-organizational resources to train professionals – is divided in two subcategories: They identify the team's individual and collective training needs; and They use diversified pedagogical strategies to train professionals and to train themselves. Category III – They enable conditions for the application of knowledge in the team's work practices – encompass three subcategories: They use normative and technical-scientific instruments in care practice; They monitor the team in the use of new knowledge; and They share knowledge in care practices. It is concluded that nurse managers coordinate the application of knowledge towards patient safety through awareness-raising strategies, in-service training and continuous monitoring of the team's work processes. These strategies have been fostering a learning conducive environment, sparking innovation, and realizing organizational objectives by facilitating the acquisition and dissemination of knowledge. Nevertheless, there was no evidence of their intentionality or perception that these strategies are pertinent to an organizational knowledge management process. It is therefore essential to provide managers with a greater understanding of the importance of leading the team to transform individual knowledge into collective action using strategic planning. When applied systematically, such planning is able to promote patient safety, improvements in the development of services, and both professional and organizational growth.

**Keywords:** Knowledge Management. Nursing Management. Patient Safety. Intensive Care Units.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CVC	Cateter Venoso Central
DCN	Diretriz Curricular Nacional
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EA	Eventos adversos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GEPASE	Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração dos Serviços de Enfermagem
IPCS	Infecção Primária de Corrente Sanguínea
ITU	Infecção do Trato Urinário
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
POP	Procedimento Operacional Padrão
PNSP	Programa Nacional de Segurança do paciente
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
STGQ	Setor de Gestão da Qualidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UGQSP	Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA DE PESQUISA .....</b>	<b>13</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 GESTÃO DE ENFERMEIRAS NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES .....</b>	<b>23</b>
<b>3 APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO NA PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRA NA UTI.....</b>	<b>28</b>
<b>4 SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR E NA UTI .....</b>	<b>35</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>43</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	43
5.2 LOCAL .....	44
5.4 COLETA DE DADOS .....	47
5.4.1 Técnica de Coleta de dados.....	48
5.4.2 Instrumento de coleta de dados.....	49
5.4.3 Procedimento de coleta das informações.....	50
5.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	52
<b>6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>55</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	55
6.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS .....	55
6.2.1 Categoria I - Sensibilizam os profissionais da equipe para aplicação do conhecimento .....	56
6.2.2 Categoria II - Utilizam recursos intra e extra organizacionais para capacitação dos profissionais .....	63
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES .....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE C - CARTA CONVITE .....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>118</b>

## 1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA DE PESQUISA

A necessidade de evoluir e buscar a melhor maneira de desempenhar as atividades é, hoje, primordial para qualquer profissional que almeja se qualificar e se destacar no mercado de trabalho, sobretudo aqueles que desejam se tornar profissionais na área de saúde. Nesta área, os constantes avanços tecnológicos têm possibilitado aos pacientes atendimento diferenciado, mediante desenvolvimento de pesquisas que resultam no aprimoramento do diagnóstico precoce e tratamentos de doenças, pois a cada dia surgem novas descobertas a respeito do que se deve ou não fazer na assistência à saúde da população.

Nesse sentido, durante a minha trajetória pessoal, de formação acadêmica e profissional, busquei renovar e aprimorar meus conhecimentos, sobretudo ao ingressar, em 1997, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde pude compreender que agora estava no percurso profissional correto, pois anteriormente fui discente da Escola de Medicina Veterinária da UFBA, no entanto, acreditava que aquele não era o caminho pelo qual eu deveria seguir.

Passados quatro anos e meio, concluí a graduação no final do ano de 2001. Cerca de dois meses depois, iniciei a carreira profissional em uma organização hospitalar de médio porte, localizada na cidade de Salvador, como auditora interna de contas hospitalares, devido aos estágios extracurriculares realizados ainda durante a graduação. No ano subsequente, ingressei no serviço público federal, mediante prestação de concurso, assumindo o cargo de enfermeira em um hospital público de grande porte, com o enfoque voltado ao ensino, assistência, pesquisa e extensão, prestador de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), na região nordeste do Brasil.

Nesse percurso, ao longo dos vinte anos de exercício profissional em organizações hospitalares, aponto como destaque a atuação na área assistencial, a partir da admissão como enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Permaneci em atividade nesta unidade por aproximadamente dez anos, e ao longo dessa trajetória posso destacar o processo contínuo de especialização com finalidade de adquirir e aprimorar conhecimentos e habilidades específicas, em prol da prestação de um cuidado qualificado e seguro. Desse modo, ainda nos primeiros meses de atuação nesta unidade, interessei-me em aprofundar meus conhecimentos sobre fatores estressores em enfermeiras intensivistas durante a especialização em UTI.

Ainda no decorrer da atuação como enfermeira assistencial nesta unidade de cuidado, foi oportunizado vivenciar uma experiência como facilitadora em um processo de acreditação hospitalar, o que possibilitou realizar diversos cursos de aprimoramento voltados para a área

da qualidade e segurança do paciente, dessa forma, com um contato tão continuado com o processo formativo, as circunstâncias atuaram como fomentadoras do meu interesse em participar de eventos científicos e desenvolver estudos nesta área com vistas a aprofundar e compartilhar os conhecimentos adquiridos.

A *posteriori*, tendo adquirido experiências importantes ao longo da atuação assistencial, tenho dedicado os últimos oito anos à área gerencial, atuando na chefia da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP) no supramencionado hospital. Cabe à gestora desta unidade, dentre outras competências, orientar, executar e monitorar ações para a segurança do paciente nos processos de cuidado, amparando as atividades do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e integrando as áreas envolvidas da organização.

Conceituar a UGQSP torna emergente a necessidade de também descrever melhor o meu trabalho como gestora. O meu exercício da liderança se dá de maneira dialógica, atenta a equipe sob minha coordenação, além de me colocar presente junto ao grupo no apoio à gestão das ações da qualidade e na vigilância de incidentes e eventos adversos (EA) por meio da análise e tratamento das notificações, nas ações para o gerenciamento de riscos assistenciais, no monitoramento de indicadores relacionados a qualidade, na atualização dos protocolos e documentos institucionais, bem como nas capacitações sobre temas relacionados à segurança do paciente aos trabalhadores, discentes, pacientes e acompanhantes com vistas à promoção de um ambiente interno mais seguro para todos.

Neste ambiente hospitalar pude aproximar-me, através do trabalho, de diversos tipos de conhecimento em áreas importantes, a exemplo da gestão do serviço de saúde, da UTI, do desenvolvimento técnico-científico da enfermagem, e da qualidade e segurança do paciente, compreendendo como todas estas áreas afetam diretamente a população.

O exercício da liderança em uma perspectiva dialógica e humanizada foi um definidor importante para a busca pessoal da continuidade do processo formativo. Assim, mediante a um senso de responsabilidade com a equipe sob minha gestão, a instituição que atuo, os pacientes e discentes inseridos na atenção à saúde e compromisso pessoal com a enfermagem, busquei o aprimoramento na temática da importância do conhecimento para promover a segurança do paciente e, conseqüentemente, salvar vidas.

Nesta perspectiva, tais vivências possibilitaram o ingresso na pós-graduação *stricto sensu*, no nível de mestrado, no programa de pós-graduação UFBA, especificamente na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde” e na linha de pesquisa: “Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde”, no qual iniciei os estudos na aplicação do conhecimento

em saúde no âmbito hospitalar, ingressando como membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Saúde e Enfermagem (GEPASE).

No processo de vivência dessa experiência atesto que a mesma agregou aprendizados fundamentais para meu aprimoramento pessoal e profissional, além de ter possibilitado contribuir para o desenvolvimento científico da enfermagem, em constante evolução.



## 2 INTRODUÇÃO

As enfermeiras gestoras desempenham um papel de destaque na aplicação do conhecimento para a segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva, integrando práticas baseadas em evidências com o cuidado diário. A liderança eficiente das enfermeiras pode favorecer o cumprimento dos protocolos de segurança, minimizando o risco de erros e a promoção de um ambiente de cuidado mais seguro. Além disso, essas gestoras são fundamentais na formação contínua da equipe de enfermagem, disseminando conhecimentos atualizados e melhores práticas essenciais na qualidade do atendimento. Assim, a gestão eficaz de enfermeiras não apenas fortalece a segurança do paciente, mas eleva o padrão geral dos serviços de saúde.

Essa aplicação do conhecimento refere-se à incorporação do conhecimento por pessoas e organizações diariamente em suas atividades práticas de trabalho. Portanto, a aplicação pode ser entendida como o conhecimento em ação ou em atividade, na qual ocorre a utilização e reutilização do conhecimento existente na organização (Santos; Rados, 2020).

No entanto, observa-se que, na prática, a aplicação do conhecimento apresenta algumas limitações, haja vista a ocorrência de EA nas organizações de saúde e na UTI. Percebe-se, no cotidiano assistencial, a dificuldade da enfermeira gestora em coordenar a aplicação do conhecimento junto a sua equipe, e uma das possíveis razões para isso é o *déficit* na formação gerencial da enfermeira e o desfavorável quantitativo de profissionais. Assim, é crucial a aquisição de conhecimento pelas gestoras a fim de conduzir a equipe a adotar boas práticas no cotidiano do trabalho.

Ao longo do desenvolvimento da humanidade, o saber pré-histórico era proveniente da experiência e de observações do cotidiano. Tais observações fomentaram o desenvolvimento de um conhecimento que permitiu a descoberta de novos saberes, como o manejo do fogo, que agora seria utilizado para a sobrevivência do ser humano e facilitaria sua existência no mundo (Laville; Dione, 1999). Assim, desde o processo evolutivo da humanidade pode-se observar o protagonismo da ideia de conhecimento e aprendizagem para a existência da humanidade.

Essa construção do conhecimento não era aleatória e sim, baseada nas necessidades emergentes de cada tempo. Elementos como a unidade de pensamento em um grupo, a concordância e, por fim, um consenso sobre aquele novo saber cancelam a sua criação em si. Essas características traduzem a comunicação entre o ponto de vista técnico-científico, portanto, metodologicamente testável e replicável em seus resultados, com o saber universal observacional e situacional. Assim sendo, o ser humano tornou-se capaz de compreender que

há múltiplos tipos de saberes e, desse modo, passou a buscar incessantemente uma definição do conhecimento em si (Werneck, 2006).

O conhecimento tem sido considerado um dos recursos fundamentais de uma organização, por ser capaz de tornar as ações mais inteligentes, eficientes e eficazes, tanto nos níveis organizacionais quanto individuais, o que fomenta a idealização de produtos e serviços inovadores e constantemente melhores, seja em complexidade, flexibilidade e/ou criatividade (Rocha *et al.*, 2012).

É possível compreender que o processo de apreensão e disseminação do conhecimento fazem parte da existência humana, atingindo, assim, a todos os que a compõem. De modo particular, no campo da saúde, as unidades hospitalares possuem um apelo especial devido a multiplicidade de densidades tecnológicas que compõem esse ambiente e suas mais diversas complexidades.

Inserido neste ambiente hospitalar, a UTI destaca-se como unidade destinada ao atendimento de pacientes graves ou potencialmente graves, que necessitam continuamente e de forma intensiva, de recursos tecnológicos e humanos especializados. Enfermeiras apontam que o trabalho nesse ambiente de cuidado apresenta facilitadores como a disponibilidade de recursos como monitorização, equipe multiprofissional, incluindo assistência médica ininterrupta, melhor distribuição da equipe de enfermagem e treinamento. Em contrapartida, a relação interpessoal desequilibrada em uma unidade fechada e, por vezes, a falta de insumos são fatores intervenientes a essa assistência (Bezerra; Fonseca, 2019).

Nesse sentido, uma organização hospitalar que dispõe de estrutura física adequada, trabalhadores capacitados e em número adequado, fluxos operacionais descritos e amplamente divulgados, poderá contribuir para a qualidade do cuidado e tornar o ambiente e os processos mais seguros. Todos esses elementos institucionais requerem uma base fundamental para sua sustentação: o conhecimento.

Esse conhecimento é avaliado de múltiplas formas pelas instituições, sendo uma das estratégias os processos de acreditação, que visam conferir e promover a adequabilidade das diretrizes de assistência em saúde. Esses processos geralmente são conduzidos por enfermeiras através da reorganização da gestão, assistência e racionalização de recursos (Nascimento; Gravena; Machinski Júnior, 2020) uma vez que se destacam como líderes nas organizações de saúde.

É inegável o quanto o conhecimento contribuiu de forma singular para a humanidade, e em observância as últimas décadas do século XX, é exponencial o desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Fatores como a globalização da economia, mudanças socioculturais, aumento

da competitividade têm produzido impactos nas organizações. Nesse sentido, cada vez mais busca-se concentrar esforços em repensar estratégias, mobilizando recursos diferenciados para o desenvolvimento de competências, produtividade e inovação. O resultado esperado é que tais ajustes resultem em novos produtos, processos e em liderança de mercado, atrelando, assim, a gestão do conhecimento como a solução necessária a qualquer tipo de organização (Cruz; Ferreira, 2016).

Nesta perspectiva, a gestão do conhecimento se propõe, através dos seus distintos processos, a criar, armazenar, recuperar, transferir e aplicar o conhecimento coletivo em uma organização com o propósito de melhorar constantemente os processos e potencializar os seus resultados. Nesse sentido, a aplicação do conhecimento, um dos processos da gestão do conhecimento organizacional, refere-se ao conhecimento traduzido em ação, utilizado para melhorar a qualidade das práticas assistenciais e administrativas.

Esse conhecimento, inicialmente, está presente em cada um dos indivíduos, e ao ser aplicado, de forma espontânea ou planejada pela gestão, torna-se coletivo e organizacional, e vai se acumular vagarosamente ao longo do tempo até que se constitua a cultura organizacional. Esse conhecimento surge como consequência das interações entre as pessoas, trocas de experiências e partilha de informações.

Outrora, não há somente benefícios na disseminação da informação. A mesma sociedade que preza pela aplicação do conhecimento em prol de mudanças, se depara, na atualidade, com fenômenos como a *misinformation*, que demarcam a era da pós-verdade, na qual, os fatos "...têm menos poder de influência na formação da opinião pública do que apelos a emoções ou crenças pessoais." (Genesini, 2018, p. 47). Termos como *fake news* passam a emergir nas discussões sociais, tomando o cenário político em todo o mundo e movimentando a grande mídia, com agências jornalísticas de checagem de fatos para minimizar seus impactos. No entanto, a rápida velocidade de produção e circulação das notícias, com o contributo das tecnologias da informação nesse processo, são fatores de grande impacto para a ideia de conhecimento em si e demonstram a carência da alfabetização digital (Alves; Maciel, 2020). O acesso a um dado inverídico é um risco para a coletividade frente ao seu mau uso.

No campo da saúde, o cenário não é diferente. Em um estudo realizado na Etiópia, foi identificado que profissionais de saúde de nível superior, majoritariamente enfermeiras, possuem uma atitude favorável no que tange ao gerenciamento de dados, reconhecendo a sua importância enquanto preenchimento correto, construção de indicadores e aplicação de ferramentas gerenciais, no entanto, elas não possuem as competências necessárias, tampouco, o conhecimento para gerenciá-los. Tais dados demonstram que, embora haja um interesse pela

temática, a prática profissional não é tradutora desses anseios pessoais (Ngusie *et al.*, 2021). Apontar as fragilidades do gerenciamento de dados e consequente impacto na construção e aplicação do conhecimento não exime as condições às quais os profissionais estão submetidos na sua prática diária. Entende-se que o ambiente hospitalar é um exemplo desta complexidade, uma vez que contempla, em sua estrutura de funcionamento, a adoção de tecnologias leves, leve-duras e duras, além de complexidade na assistência direta e na relação interprofissional.

No tocante aos hospitais, o desenvolvimento de novas tecnologias tem possibilitado aos pacientes a recuperação da saúde e o prolongamento da vida com qualidade, entretanto, observa-se a necessidade de lidar com a complexidade das tarefas nestas organizações, o que requer maior interação entre as pessoas e grupos de diversas áreas de atuação, tornando esse ambiente fatigante (Pereira, 2021) e, conseqüentemente, pode implicar em um aumento da possibilidade da ocorrência de EA nos pacientes internados.

Ademais, Duarte e colaboradores (2020) apontam que outros fatores relacionados à organização de saúde podem tornar o ambiente inseguro para pacientes e também para a equipe tais como o número reduzido de profissionais, sobrecarga de trabalho, desabastecimento e/ou qualidade insatisfatória dos insumos disponibilizados para a prestação dos cuidados, além de problemas envolvendo à liderança, interferindo no bom funcionamento do ambiente de trabalho.

Estudo multicêntrico brasileiro demonstrou que a cada hora, seis pacientes morrem em virtude de EA graves, o que corresponde a 5<sup>a</sup> maior causa de morte no país, em decorrência de falhas processuais, assistenciais, infecções, entre outros. A pesquisa alerta quanto à dimensão do problema e destaca que além do comprometimento da segurança do paciente, esses eventos oneram os serviços de saúde uma vez que os pacientes necessitam realizar procedimentos adicionais (Couto *et al.*, 2018).

Nesse sentido, evento adverso é compreendido como o incidente que atingiu o paciente e lhe causou um dano perceptível. Por outro lado, o incidente sem dano é aquele que atinge o paciente, mas não lhe causa dano perceptível (WHO, 2012), sendo as internações longas fatores de risco para os pacientes. Lima e colaboradores (2023) apontam que unidades de terapia intensiva são locais mais propícios à ocorrência de EA, em virtude da peculiaridade dos cuidados e serviços prestados com a utilização de equipamentos complexos para atender aos pacientes críticos.

Estudo longitudinal realizado em uma UTI de um hospital de ensino no sudeste brasileiro identificou uma taxa de incidência de 9,3 EA por 100 pacientes-dia, com impacto no aumento do tempo de internação em 19 dias e na mortalidade dos pacientes. Destacaram-se os

eventos referentes às falhas na administração de medicamentos e as infecções relacionadas à assistência à saúde (Roque; Tonini; Melo, 2016). Esses dados evidenciam a dimensão do impacto desses eventos na assistência à saúde prestada na UTI.

Segundo Cunha e colaboradores (2020), um aumento na prevalência e mortalidade por EA geralmente é percebido em organizações de saúde que não fortalecem a relação entre a teoria e prática relacionada à segurança do paciente. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como:

“Uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área de saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer” (WHO, 2021 p.5).

Estudo multicêntrico realizado com enfermeiras ressalta que os membros da equipe multiprofissional devem atuar na segurança do paciente, destaca-se, entretanto, o protagonismo da enfermeira na comunicação de riscos e prevenção de danos, uma vez que esta mantém a prestação dos cuidados de forma ininterrupta (Araújo *et al.*, 2017). Destaca-se que qualquer ato na assistência em saúde, incluindo a prevenção e manejo após a ocorrência de evento adverso necessita de um conhecimento teórico fundamentado e aplicado em prol dos resultados assistenciais de qualidade.

A dimensão do cuidado direto ao paciente é um dos elementos centrais na atuação de enfermeiras, associando-se às ações gerenciais respaldadas em instrumentos, processos, métodos e competências bem definidas. Essas profissionais possuem um papel de destaque na articulação da equipe de saúde, na organização e no desenvolvimento de ações de melhorias para o paciente e sua atuação no âmbito da liderança, influenciando os processos de trabalho da instituição como um todo (Ferreira *et al.*, 2019; Chaves *et al.*, 2019).

Estas estratégias, que têm como finalidade respaldar a prática profissional e manter uma comunicação técnica em sistema fechado entre os profissionais do mesmo nível de atuação, são formas de aplicação do conhecimento. Entretanto, observa-se que a literatura carece de referenciais sustentados para a identificação destas ou a descoberta de novas em ambientes de determinadas práticas.

Desse modo, considerando a relevância e a atualidade discursiva acerca da promoção do conhecimento, este estudo apresenta como questão norteadora: Como as enfermeiras coordenam a aplicação de conhecimentos para promover a segurança do paciente na UTI?

Com a finalidade de responder a esse questionamento realizou-se uma revisão bibliográfica para o estado da arte, utilizando os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): “Gestão do conhecimento”, “Gestão em enfermagem”, “Segurança do paciente”, “Unidade de terapia intensiva”, nas bases de dados *LILACS*, *BVS*, *PUBMED* e *SciELO*. Priorizou-se, para a seleção, artigos publicados no período de 2019 a 2023, que correspondem aos últimos 5 anos, dada a relevância científica, nos idiomas inglês, espanhol e português. Após uso da estratégia de busca, aplicação dos filtros, exclusão das duplicatas e seleção dos artigos, foram encontrados 25 artigos a partir da leitura do título, resumo e do material na íntegra. Percebeu-se que eles abordavam sobre segurança do paciente, UTI e gestão, contudo, não traziam a questão da aplicação do conhecimento dessas gestoras nesse ambiente para a segurança do paciente. Diante disso, é notório uma lacuna no campo científico sobre essa temática, o que instigou o aprofundamento da investigação neste tema.

Nesse contexto, o objeto deste estudo é a gestão de enfermeiras na aplicação do conhecimento para a segurança do paciente.

Nesta perspectiva, esta investigação científica tem como objetivo geral: Conhecer como as enfermeiras gestoras de UTI coordenam a aplicação do conhecimento para promover a segurança do paciente.

E como objetivos específicos:

- Descrever como são aplicados os conhecimentos para promover a segurança do paciente na UTI;
- Descrever as estratégias gerenciais adotadas pelas enfermeiras para a aplicação de conhecimentos na promoção da segurança do paciente.

Logo, o presente estudo justifica-se pelo impacto das práticas realizadas pelas gestoras de enfermagem na promoção da segurança do paciente em unidades críticas, diante dos inúmeros desafios e dificuldades enfrentadas que envolvem questões de estrutura e processos que permeiam o cuidado, além da própria gravidade dos pacientes. Além disso, a gestão do conhecimento se apresenta como uma importante ferramenta utilizada pelas gestoras de grandes empresas, sendo imprescindível compreender e introduzir a etapa da aplicação do conhecimento nos hospitais, principalmente nas unidades de terapia intensiva.

Assim, este estudo é relevante ao destacar práticas gerenciais sobre a aplicação do conhecimento como também evidenciar possibilidades de maior investimento ao conhecimento. Desta forma, especialmente às enfermeiras gestoras que atuam no âmbito da terapia intensiva, a pesquisa poderá contribuir com achados inovadores para aplicação do conhecimento com vistas à promoção do cuidado seguro aos pacientes neste ambiente crítico.

É importante sinalizar que a sociedade atual recebe informações *in time* do mundo globalizado, por meio das facilidades comunicacionais. Estas podem desencadear mudanças no significado e importância atribuídos ao conhecimento já produzido mundialmente sobre a segurança do paciente em cuidados críticos quando aplicados ao longo de uma internação. Essa dinâmica pode levar a novos comportamentos ainda não explorados cientificamente.

Considerando as profissionais enfermeiras, o estudo poderá despertar deliberadamente o anseio de aplicar o conhecimento em segurança do paciente, de forma ampla, a fim de avançar na qualidade das práticas de enfermagem. Isto poderá dar visibilidade ao papel desses profissionais diante da característica de “trabalho contínuo” e “ininterrupto” com destaque nas unidades intensivas.

Já para a academia, é esperado que o estudo contribua na construção de saberes referentes ao conhecimento sobre segurança do paciente aplicado por enfermeiras gestoras nos *locus* propostos pela pesquisa, e instigue discussões e reflexões para a expansão do tema na sua aplicação nos espaços de prática, ensino e pesquisa.

Já para o SUS, esta investigação poderá produzir novos construtos, que associados ao demais já produzidos, agreguem valor às políticas de saúde focais e assim possam fortalecer as normativas já instituídas.

## 2 GESTÃO DE ENFERMEIRAS NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Atualmente, a gestão de enfermagem é fundamental para a promoção de um ambiente de cuidado seguro e efetivo. As enfermeiras, ao integrarem conhecimentos teóricos e práticos, desenvolvem protocolos e diretrizes que minimizam riscos e previnem erros. Essa gestão inclui a implementação de práticas baseadas em evidências, a supervisão contínua da equipe de enfermagem, a educação permanente dos profissionais de saúde e a promoção de uma cultura de segurança que encoraja a comunicação aberta e o reporte de incidentes. Além disso, a gestão eficaz envolve o uso de tecnologias de informação para monitorar e avaliar os indicadores de segurança, possibilitando que as práticas sejam constantemente aprimoradas para favorecer a qualidade de cuidado ao paciente.

A gestão é um campo multifacetado que envolve a coordenação de atividades e recursos para atingir objetivos organizacionais de maneira efetiva. Envolve o planejamento, organização, direção e controle dos recursos, sejam eles humanos, financeiros ou materiais. Através de práticas de gestão bem estruturadas, as empresas podem melhorar sua produtividade, fomentar a inovação e manter-se competitivas no mercado. Um gestor deve possuir habilidades de liderança, comunicação e tomada de decisão, além de um bom entendimento do ambiente em que a organização opera (Costa; Rosa, 2020).

Nesse íterim, a gestão moderna também se preocupa com a sustentabilidade e responsabilidade social, integrando práticas que não apenas visam ao lucro, mas consideram o impacto ambiental e social das operações. Além disso, a gestão de pessoas tem se tornado uma prioridade, com a valorização do capital humano e a promoção de um ambiente de trabalho saudável e inclusivo. Essas práticas não só contribuem para o bem-estar dos funcionários, mas para a retenção de talentos e construção de uma cultura organizacional sólida e positiva. Em suma, a gestão eficaz é essencial para o sucesso e longevidade de qualquer organização (Sarno Carvalho; Rodrigues, 2020).

No que tange a gestão hospitalar, esta é considerada um campo especializado da administração que se concentra na supervisão e coordenação das atividades de um hospital ou unidade de saúde. Envolve a administração de recursos humanos, financeiros e materiais que favorecem uma prestação de serviços de saúde eficiente, segura e de qualidade. Assim, profissionais que ocupam cargos em gestão devem equilibrar a necessidade de cuidados ao paciente com as demandas financeiras e operacionais da instituição. Isso inclui a gestão de equipes de saúde, planejamento de investimentos em tecnologia e infraestrutura, e a



implementação de políticas e procedimentos que assegurem a conformidade com regulamentações e padrões de saúde (Santos *et al.*, 2020).

Além disso, a gestão hospitalar moderna deve saber como enfrentar desafios em relação a integração de tecnologias de informação em saúde, a adaptação a mudanças regulatórias e a gestão de crises, como surtos de doenças e emergências de saúde pública. A satisfação e o bem-estar dos pacientes são prioridades, exigindo que as gestoras implementem práticas de cuidado centrado no paciente e melhorem continuamente os processos de atendimento. A gestão eficaz procura envolver outras instituições de saúde, governos e organizações comunitárias em um trabalho colaborativo, para promover a saúde pública e responder adequadamente às necessidades da população. Nesse sentido, essa gestão deve assegurar que os hospitais operem de maneira efetiva, fornecendo cuidados de saúde de qualidade e respondendo às expectativas da comunidade que servem (Sarmiento Pompeu; Halax Orfão, 2023).

Gestoras são pessoas formalmente nomeadas para cargos em uma organização e tomam decisões, através da análise e resolução de problemas. Dentre as funções de gestão destacam-se o planejamento, a organização, a direção, o controle e a contratação de pessoal, todas elas são concretizadas e ligadas pela tomada de decisões (Ngxongo; Masondo, 2022).

Em virtude dos cargos que ocupam em organizações de saúde, é imprescindível que a enfermeira desenvolva competências para suprir as demandas diárias no ambiente de trabalho. Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) recomendam um conjunto de competências desejáveis a essa profissional no seu processo de formação: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente. Destas, cinco são caracterizadas como competências gerenciais, sobretudo na dimensão do administrar/gerenciar, no qual a enfermeira tem assumido uma importância cada vez maior no desenvolvimento de ações diretas e indiretas com impacto nas condições de assistência e de trabalho para sua equipe (Brasil, 2001; Silva *et al.*, 2022).

Nesse sentido, a enfermeira gestora desempenha um papel importante na administração de unidades de saúde, pois atua como elo entre a equipe de enfermagem e a administração hospitalar. Suas atribuições incluem a supervisão das atividades diárias da equipe de enfermagem, o que pode favorecer que os cuidados prestados aos pacientes sejam de alta qualidade e sigam os padrões éticos e profissionais. Ademais, é responsável por planejar, organizar e coordenar os serviços de enfermagem, além de gerenciar recursos humanos, como recrutamento, treinamento e avaliação de desempenho. Essa profissional ainda deve assegurar que os processos e procedimentos de enfermagem estejam atualizados e sejam seguidos, contribuindo para a segurança e o bem-estar dos pacientes (Teixeira; Gaspar; Lucas, 2022).

Frente a isso, o desenvolvimento da liderança é essencial pela enfermeira gestora. O exercício da liderança nas instituições de saúde adota uma multiplicidade de expressões, sendo muitas destas catalogadas na literatura científica. Em estudo comparativo realizado nos países Brasil, Portugal e Espanha, Silva e colaboradores (2022) identificaram características nos estilos de lideranças marcadas pela preocupação com a motivação da equipe, engajamento, cooperação, comunicação adequada, avaliação da qualidade do cuidado prestado, visão holística, interdisciplinaridade e gestão de conflitos.

No cenário pandêmico a lógica do conhecimento adquiriu novos contornos, sendo protagonista em todos os âmbitos e fundamental à atuação profissional da enfermeira líder. Entende-se por líder aquelas que, em cargos de gestão ou não, são capazes de influenciar pessoas no seguimento de seu exemplo. No caso da gestora que ocupa um cargo de liderança, estando nesse cenário pandêmico, tornou-se fundamental a expressão do sentimento de coletividade, a articulação em prol do equilíbrio entre a assistência de qualidade e o olhar humanizado no manejo de emoções pessoais e interpessoais dos indivíduos e as suas próprias. A inteligência emocional tornou-se um elemento fundamental para o melhor investimento dos esforços coletivos em favor do bem e dos objetivos institucionais, como a inovação (Amestoy, 2020).

Além das responsabilidades operacionais, a enfermeira gestora desempenha um papel estratégico ao participar do planejamento e implementação de políticas e programas que visam melhorar a qualidade do atendimento e a eficiência operacional. Colabora ainda, com outros gestores e líderes de saúde, para desenvolver estratégias que abordem desafios como a escassez de pessoal, a satisfação dos pacientes e a adoção de novas tecnologias. Além de serem responsáveis por promover um ambiente de trabalho positivo e inclusivo, incentivando o aprimoramento profissional contínuo de sua equipe e uma comunicação aberta e assertiva. Dessa forma, a atuação da gestora de enfermagem é vital para a integração de cuidados de alta qualidade, com uma administração eficiente e humanizada, contribuindo para o sucesso da organização de saúde (Cardoso; Silva; Jardim, 2020).

Arelado à gestão hospitalar, a enfermeira gestora desenvolve a gestão de riscos, que é um processo sistemático que visa identificar, avaliar e mitigar os riscos potenciais que podem afetar uma organização. Esses riscos podem ser de diversas naturezas, incluindo financeiros, operacionais, estratégicos, tecnológicos, ambientais e de *compliance*. O objetivo principal da gestão de riscos é proteger os ativos da organização, assegurar a continuidade dos negócios e minimizar os impactos negativos. Isso envolve a implementação de políticas e procedimentos adequados, a realização de análises de risco periódicas e a criação de planos de contingência e

resposta célere. Uma gestão eficaz de riscos permite que a organização esteja melhor preparada para enfrentar adversidades e capitalize em oportunidades com maior segurança (Oliveira; Boere; Silva, 2022).

Ademais, a gestão de riscos é essencial para a tomada de decisões informada e estratégica. Ao compreender os riscos potenciais, as gestoras podem desenvolver estratégias que não apenas evitem ou mitiguem os riscos, mas explorem possíveis oportunidades de melhoria e inovação. A cultura de gestão de riscos deve ser integrada em todos os níveis da organização, promovendo a conscientização e o envolvimento de todos os funcionários. Isso inclui treinamentos regulares, comunicação clara sobre políticas de risco e o incentivo à identificação proativa de riscos por parte da equipe. Em última análise, uma gestão de riscos contribui para a resiliência organizacional, fortalecendo a capacidade da empresa de navegar por um ambiente de negócios dinâmico e desafiador (Huangfu *et al.*, 2023).

No âmbito hospitalar, a gestão de risco é um componente essencial para a segurança dos pacientes, qualidade dos cuidados e sustentabilidade financeira da instituição. Envolve a identificação, avaliação e mitigação de potenciais riscos associados às operações hospitalares, incluindo erros, infecções hospitalares, falhas nos equipamentos e questões de segurança do paciente. Para isso, é necessário implementar protocolos, realizar auditorias e monitoramentos contínuos, além de promover uma cultura de segurança que incentive a notificação e análise de incidentes. A gestão de risco inclui ações de capacitação continuada da equipe, manutenção de um ambiente seguro, e conformidade com regulamentações e padrões de saúde. Ao adotar tais práticas, os hospitais podem reduzir a ocorrência de EA, melhorar a satisfação dos pacientes e proporcionar a entrega de cuidados de saúde de alta qualidade (Oliveira; Boere; Silva, 2022).

Dentro do hospital existem algumas unidades que exigem uma atenção especial devido a sua complexidade, como é o caso das unidades de terapia intensiva. A gestão da UTI é uma função complexa que exige um equilíbrio entre conhecimentos clínicos e habilidades administrativas para a prestação de cuidados intensivos de qualidade. Trata-se de um ambiente crítico onde pacientes gravemente enfermos recebem monitoramento e tratamento contínuos, necessitando de uma gestão eficiente dos recursos humanos, materiais e tecnológicos. Nesse local, a gestora deve coordenar uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, farmacêuticos entre outros profissionais de saúde, de modo que todos trabalhem de forma integrada e eficiente. Além disso, a gestão inclui o planejamento de escalas de trabalho e a implementação de protocolos baseados em evidências para melhorar os desfechos clínicos (Aguiar *et al.*, 2021).

Destaca-se, ainda, outro aspecto crucial da gestão da UTI, a administração dos recursos financeiros e materiais, que são frequentemente escassos e caros. Isso envolve a aquisição e manutenção de equipamentos essenciais, como ventiladores mecânicos e monitores cardíacos, bem como a gestão do estoque de medicamentos e suprimentos médicos. A implementação de práticas de qualidade e segurança, como a prevenção de infecções e a promoção de uma comunicação efetiva entre os membros da equipe, é vital para minimizar riscos e melhorar a segurança do paciente. Uma gestão eficiente não apenas melhora a sobrevivência e a recuperação dos pacientes críticos, mas contribui para a eficiência operacional do hospital como um todo, otimizando o uso dos recursos e promovendo um ambiente de cuidado de excelência (Rodrigues *et al.*, 2023).

No entanto, para que um gestor possa atuar com qualidade, é fundamental que adquira, continuamente, novos conhecimentos e desenvolva as competências necessárias ao longo de sua trajetória. À medida que acumula conhecimentos, passa a interagir com outras gestoras, utilizando o que aprende de forma prática e eficaz. Como elo entre a alta gestão e a linha de frente, deve compreender os objetivos da organização e, com base nos indicadores, aproximar-se das ferramentas adequadas para tomar decisões. Assim como na assistência direta, onde se observa o paciente, na gestão, a atenção se volta para os indicadores, sendo essencial mobilizar a equipe para transformar o conhecimento explícito da instituição em prática cotidiana.

Logo, a importância da enfermeira gestora na aplicação do conhecimento na unidade de saúde pode favorecer um atendimento de qualidade e seguro aos pacientes, pois ao utilizar seu conhecimento especializado, é capaz de desenvolver e implementar protocolos eficientes, coordenar a equipe de enfermagem, e promover a educação permanente entre os profissionais. Além disso, a atuação dessa gestora pode ser crucial na identificação de riscos, na tomada de decisões e na implementação de melhorias contínuas nos processos de cuidado. Ao aplicar seu conhecimento de forma estratégica, a enfermeira gestora contribui significativamente para a otimização dos recursos, na satisfação dos pacientes e na criação de um ambiente de trabalho seguro e colaborativo, refletindo diretamente na qualidade dos serviços prestados na unidade de saúde (Teixeira; Gaspar; Lucas, 2022).

### **3 APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO NA PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRA NA UTI**

A aplicação do conhecimento em saúde, especificamente na enfermagem, é de suma importância para a própria compreensão desta área profissional como ciência. Entretanto, faz-se necessário adentrar em conceitos que antecedem a aplicação ou gestão deste conhecimento, visando compreender melhor essa realidade.

Embora o senso comum adote como sinônimas as palavras: dados, informação e conhecimento, há diferenças conceituais entre elas. Os dados apresentam as observações estruturadas, quantificadas e obtidas por algum instrumento de coleta, já a informação possui um objetivo final, dinâmico e construído pelo dado associado ao elemento de análise do avaliador em seu potencial crítico cognitivo. O conhecimento deriva da associação entre dados, informações, novas análises sobre o que já é conhecido e a busca de novas descobertas, evolutivamente melhores (Ribeiro; Souza; Souza, 2015).

Ao longo do tempo, o desenvolvimento tecnológico foi determinante para a sobrevivência do ser humano na Terra, bem como para sua capacidade de dominação e transformação. Exemplos como a descoberta do fogo, a invenção da roda, e até mesmo os instrumentos tecnológicos mais avançados, demonstram a concretização da evolução tecnológica (Schwonke *et al.*, 2011)

As descobertas do homem primitivo surgiram a partir da observação da realidade em que o mesmo estava inserido, sendo transmitido verbalmente ou através da escrita, e de forma assistemática. Para Lakatos e Marconi (2022), o conhecimento oriundo da vida prática ou senso comum é designado como empírico, sua transmissão caracteriza-se pela informalidade, é utilizado em larga escala pelos seres humanos, que o aprendem através da imitação. Além do empirismo, existem outras formas de conhecimento, como o religioso, o filosófico e o científico.

Para os autores supramencionados, o conhecimento religioso fundamenta-se nos ensinamentos de textos sagrados provenientes de revelação divina, portanto eles não se detêm à procura de evidências. Já o conhecimento filosófico consiste na evidência lógica, fazendo com que o modo de conhecer deve resultar da análise dos conteúdos dos enunciados. Esses tipos de saberes, que compõem a realidade humana, têm como limitação a falta de um método verificável e sistemático para sua delimitação, o que impede a generalização. No entanto, com a evolução da humanidade, tornou-se urgente a necessidade de comprovação do conhecimento adquirido, não sendo mais suficiente o que já se tinha definido.

Nesse contexto, surge o método científico com etapas rígidas, visando a garantia dos procedimentos de construção de conhecimento e revolucionando a própria ciência. Desse modo, o conhecimento científico surge com características como a objetividade, racionalidade, sistematização, verificabilidade, rigor metodológico, perene aproximação da exatidão, cumulatividade e análise além dos fatos observáveis (Lakatos; Marconi, 2022).

Diante desse panorama, uma nova problemática tornou-se e permanece presente: como garantir a transmissibilidade do conhecimento científico? Sousa e Vieira (2020) apontam que o processo adotado na atualidade se baseia na divulgação, e esses divulgadores mantêm uma postura verticalizada, com uma linguagem inadequada e hierarquizada. No entanto, para que a popularização do conhecimento ocorra, é benéfica a horizontalização das relações, estabelecimento dialógico e adoção de uma postura que possibilite que os demais tipos de saber façam parte do processo popularizante, fomentando, assim, a busca constante do aperfeiçoamento.

Em certa medida, a ideia de aproximação do público e quebra de uma visão hierarquizante do saber foi postulada por Paulo Freire através da ideia de educação libertadora em oposição a educação bancária, constituída pelo diálogo compreensível, a reflexão do indivíduo, a intervenção dos atores sociais, a construção de uma consciência coletiva e a vivência com os ouvintes como forma de aprender e ensinar (Freire, 2019).

No processo de popularização e democratização do saber, as instituições universitárias possuem a responsabilidade social de aproximar-se do público, em especial as universidades públicas, custeadas através dos impostos, para a formação de mão de obra especializada para a sociedade. O uso de tecnologias da informação e comunicação são adequados para essa aproximação, uma vez que há a necessidade de ajuste de uma linguagem técnica para uma linguagem popular, delimitando formas de minimizar o abismo intelectual existente. Embora pareça um distanciamento pontual, a academia é marcada pelo isolamento, uma vez que muitos dos conhecimentos ali adquiridos são aplicados de forma diferente na prática profissional (Piccoli; Panizzon, 2021)

De forma específica, a prática profissional da enfermeira é marcada de forma massiva pelo elemento do ensino. Essa profissional é constituída, em sua formação, por uma associação de múltiplas vertentes como a assistência direta ao paciente, a gestão em saúde, a educação popular e permanente e a pesquisa científica (Brasil, 2018). Popularmente, as profissionais alocadas nas unidades assistenciais organizam-se entre a oferta do cuidado humanizado à beira leito e as ações gerenciais. No entanto, desafios como a fragilidade na infraestrutura das organizações de saúde, recursos materiais insuficientes, desvalorização profissional e

sobrecarga de trabalho por número de profissionais insuficientes (Siman *et al.*, 2019) podem comprometer o desenvolvimento de alta performance nas organizações de saúde.

O mundo contemporâneo apresenta-se como desafiador para as organizações em decorrência dos avanços tecnológicos, volume e rapidez das informações e mudanças constantes do mercado decorrentes da globalização. Diante desses fatores, as empresas buscam estratégias a fim de melhorar seus resultados frente a um mercado mais dinâmico e competitivo. Nesse sentido, o conhecimento é um dos recursos mais valiosos que as organizações possuem, oriundo do capital humano de cada trabalhador. Tal recurso, ao ser extraído e trabalhado pelas organizações, pode conferir vantagem competitiva, no entanto, a utilização desse recurso na prática tem sido um desafio para as empresas, visto que nem todas conseguem utilizar esse conhecimento de forma apropriada (Jorge; Faléco, 2016).

Em uma organização, o conhecimento é um bem estratégico considerado como uma fonte de criação e competitividade sustentável. A soma do conhecimento de todos os colaboradores da empresa se constitui no capital intelectual, e pode levar a uma vantagem competitiva (Farias; Vasconcelos, 2019), pois esse tipo de conhecimento é fruto da mente (conhecimento tácito) dos indivíduos (Almeida; Mello, 2018).

Segundo Nonaka e Takeuchi (2008), o conhecimento é constituído por dois componentes dicotômicos e, aparentemente opostos, o conhecimento explícito e o tácito. O conhecimento explícito manifesta-se sob a forma de palavras, números ou sons, sendo compartilhado como dados, fórmulas, recursos audiovisuais, especificações de produtos ou manuais, portanto, é facilmente transmitido por ser formal e objetivo. Por outro lado, o conhecimento tácito é subjetivo, proveniente das experiências vivenciadas, percepções e valores do indivíduo. Devido a suas características, este tipo de conhecimento é difícil de ser formalizado e compartilhado (Ruoff *et al.*, 2016; Pérez-Fuillerat; Solano-Ruiz; Amezcua, 2019).

É importante salientar que o conhecimento tácito e conhecimento explícito são complementares, interpenetrantes, contínuos, porém separáveis, e podem transformar-se um no outro (Nonaka; Takeuchi, 2008). No entanto, o conhecimento tácito é aquele que serve de base para a criação do conhecimento organizacional (Jorge; Faléco, 2016).

Nessa perspectiva, a criação do conhecimento organizacional é um processo complexo, que ocorre pela interação constante e dinâmica, envolvendo o conhecimento tácito e o explícito, ou vice-versa. Assim, o conhecimento tácito mobilizado “organizacionalmente” é amplificado, mediante quatro modos de conversão: socialização, externalização, combinação e internalização, mais conhecido como modelo SECI (Nonaka; Takeuchi, 2008).

A conversão do conhecimento tácito, a partir de outro conhecimento tácito, é denominado de socialização e caracteriza-se pelo compartilhamento de experiências, através da observação ou imitação. Na externalização, o conhecimento tácito é convertido em explícito, por meio de metáforas, analogias, conceitos ou modelos. Na combinação, a conversão do conhecimento ocorre através da sistematização e aplicação do conhecimento explícito mediante articulação de outros corpos de conhecimento explícito. A troca de conhecimentos é realizada por documentos, reuniões, conversas telefônicas ou comunicação digital. Já na internalização, há a conversão de conhecimento explícito em um novo conhecimento tácito, por meio do “aprender fazendo”, resultando em ganho de sabedoria do indivíduo ao vivenciar tal experiência. Após a incorporação de novo conhecimento tácito, é preciso socializar novamente, o que foi internalizado, com outros membros da organização, iniciando uma nova espiral da criação de conhecimento (Nonaka; Takeuchi, 2008; Ruoff *et al.*, 2016; Almeida; Mello, 2018).

Assim, a criação do conhecimento organizacional, através do modelo SECI, o conhecimento tácito é socializado entre os indivíduos de uma mesma organização. Posteriormente, esse novo conhecimento tácito é explicitado, por meio da externalização, com criação de documentos de diferentes naturezas. Esse novo conhecimento explícito, por meio da combinação, originará documentos explícitos mais complexos ou sistematizados, que ao serem disseminados na organização, serão internalizados e aplicados em novas experiências para compor a base cognitiva para novos processos, tornando-os ativos valiosos para a organização (Nonaka; Takeuchi, 2008)

Dessa forma, o conhecimento é um ativo que a organização desenvolve ao longo do tempo e cabe a esta desenvolver um processo a fim de gerenciá-lo. Nessa perspectiva, a gestão do conhecimento, compreendida como um processo que oportuniza o fluxo do conhecimento entre indivíduos e grupos de uma organização, ocorre através de quatro etapas principais: aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (Gonzalez; Martins, 2017).

Ademais, a gestão do conhecimento interfere diretamente em múltiplas áreas, sendo considerada um recurso estratégico, a nível administrativo e na gestão de pessoas. As organizações compreendem os seus profissionais como geradores do desenvolvimento organizacional e, desse modo, utilizam as suas competências individuais para otimização da gestão e as competências profissionais como fonte de inovação. Processos bem delineados, como os que são próprios dos recursos humanos, podem ser atualizados, associando-se a eles dimensões como a flexibilidade e adaptabilidade organizacional. Assim, as práticas de gestão do conhecimento, a exemplo dos trabalhos colaborativos, têm potencial para promover melhorias em todas as áreas da organização (Cavalcanti, 2018).



Segundo Trevisan e Damian (2018), processos de trabalho, pessoas, tecnologias e a informação constituem quatro elementos que têm como ponto em comum a utilização de sistemas, que capturam o conhecimento tácito e explícito, convertendo-o em organizacional, ampliando os conhecimentos individuais e agregando valor às organizações como um todo. Para tanto, destacam que sejam definidas diretrizes estratégicas e práticas a serem executadas em cada empresa, devendo estarem alinhadas com suas premissas conceituais e organizacionais em prol do desenvolvimento das competências.

Nesse sentido, os autores supramencionados recomendam utilizar práticas para a gestão do conhecimento, tais como: o *brainstorming*, a revisão por pares de todo trabalho, mapas do conhecimento, espaços colaborativos, fóruns de discussão, apoio de redes sociais digitais, educação corporativa e ferramentas de avaliação de qualidade. Tais sugestões podem ser aplicadas também para as organizações hospitalares.

Em saúde, observa-se como possível vantagem competitiva o estabelecimento de parcerias estratégicas, sendo estas gerenciadas a partir da aplicação de conhecimentos específicos. Jacques e Gonçalo (2007) apontam a preocupação econômico-financeira na delimitação da proporcionalidade a ser paga pelo conhecimento aplicado em contrapartida à exigência, na área médica especializada, de padronização para identificar se recursos de alto valor, como os necessários para a manutenção de unidades de terapia intensiva, estão adequados.

Também foram identificadas barreiras na estrutura hospitalar inflexível, pouca divulgação dos resultados de indicadores assistenciais basilares à prática e baixo envolvimento da alta gestão, inviabilizando a adição de novos conhecimentos, bem como a inexistência de sistema de avaliação da qualidade do conhecimento absorvido ou mutuamente construído. A gestão estratégica do conhecimento busca resultados com valor agregado à organização e ao profissional.

É possível compreender que, em vista de otimizar os conhecimentos pré-existentes e fomentar o desenvolvimento de novos, a gestão do conhecimento passou a ocupar um importante *status quo*. Em países como o Brasil, com um sistema de saúde hierarquizado, com níveis de atenção bem definidos, elementos como a gestão da destinação e manejo de recursos recebidos compõem uma estrutura complexa de tomada de decisão. Ao mesmo tempo, a prestação de cuidados assistenciais precisa ser otimizada frente a esses recursos, requerendo a implantação de mecanismos e estratégias como a adoção de tecnologias duras, em prol da manutenção de vantagens competitivas (Cicone *et al.*, 2015).

No entanto, a otimização de conhecimentos só pode acontecer mediante a sua democratização. Globalmente, a produção do conhecimento em saúde está concentrada na academia, o que afeta a equidade global de acesso a essa informação. Professores e pesquisadores desconectam-se da prática do trabalho e geram um conhecimento em duas vertentes, a primeira com potencial de resolver problemas primários e a segunda atenta a questões secundárias de baixo impacto na prática (Abimbola, 2021). Independentemente do tipo, a acessibilidade a estas informações é pouco dinâmica, não alcançando, muitas vezes, aos profissionais atuantes nas áreas como a gestão e assistência e quando os alcançam, não encontram aplicabilidade prática em larga escala.

A aplicação do conhecimento encontra, ainda, um outro desafio: como interromper as práticas comprovadamente contrárias às evidências científicas? Ações de educação permanente em saúde são caminhos conhecidos, no entanto, não dão conta de promover a totalidade da mudança, sendo fundamental uma mudança organizacional que antecede a promoção de mudanças nos trabalhadores. Nesse sentido, Wensing e Grol (2019) apontam o ajuste entre os problemas existentes e as abordagens para lidar com eles; os conceitos, estruturas e teorias para implementação de mudanças de mentalidade; o envolvimento das partes na disseminação dessas mudanças; a avaliação rigorosa dos resultados minimizando, assim, possíveis erros, e por fim, a implementação de ações documentais para transmissão das boas práticas já aplicadas.

No âmbito da saúde pública, a adoção da gestão do conhecimento a partir da *big data* (grandes dados) é uma realidade emergente que requer uma dedicação dos gestores em saúde, atingindo, especificamente, o trabalho das enfermeiras gestoras, considerando que a equipe de enfermagem é numericamente a maior das unidades hospitalares, bem como a que gera dados ininterruptamente. Ademais, a adoção de prontuários eletrônicos, uso de aplicativos de mensagens para comunicação em equipe e com pacientes, sistemas de videomonitoramento, *softwares* voltados a medicina de precisão e algoritmos de decisão em geral (Silva; Silva; Fortes, 2018), produzem dados que precisam ser analisados em prol da melhoria assistencial e promoção da segurança do paciente.

É compreensível, portanto, que o trabalho da enfermeira gestora envolve uma multiplicidade de atividades. As tecnologias, outrora leves, baseadas na interação, resolução de conflitos, promoção de um ambiente de trabalho confortável, em meio a atualização de cada tempo, passou a contar com elementos baseados nas tecnologias da informação e comunicação. Em UTI já é comum a presença massiva das tecnologias duras, o que requer conhecimento e vigilância para o seu manejo, além de inteligência emocional para lidar com os fatores estressores como ruídos e luminosidade de forma contínua (Ouchi *et al.*, 2018). Dessa forma,

cabe à gestora avaliar e delimitar estratégias que possam favorecer o trabalho de enfermagem baseado na aplicação dos conhecimentos adequados a cada situação.

Em ambientes de trabalho fechados e controlados, como são as unidades de terapia intensiva, a aplicação do conhecimento é o fator diferencial para a garantia de uma assistência segura. Estudo realizado na Etiópia identificou que mais da metade das enfermeiras mantinham boas práticas na prevenção de infecções de cateteres urinários. A caracterização destas profissionais permitiu identificar que um tempo de serviço superior a cinco anos e a inclusão em programas de capacitação favoreceu a mudança na prática (Zegeye; Kassahun; Temachu, 2023).

A manutenção de boas práticas só é possível a partir de um espaço de compreensão da enfermagem como a ciência do cuidado. Um instrumento primordial na prática da enfermeira é o processo de Enfermagem, que compõe a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), sendo esta a forma adotada para dinamizar a assistência em cinco etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. No entanto, seja por falta de preparo ou interesse, as enfermeiras ainda não aplicam em completude e com qualidade a SAE em seu ambiente profissional (Silva *et al.*, 2018).

As enfermeiras utilizam o conhecimento tácito e o explícito em sua atuação profissional. O primeiro resulta das experiências vivenciadas e acumuladas ao longo do tempo, enquanto o conhecimento explícito subsidia a prática da enfermeira (Ruoff *et al.*, 2016). Já a aplicação do conhecimento na prática gerencial de enfermeiras em UTI perpassa pelo encorajamento da equipe ao uso dos materiais disponíveis para a melhoria do cuidado. Oportunidades como a comunicação em saúde, adotando-se ferramentas de comunicação fechada, uso dos sistemas para apoio nas decisões clínicas, preenchimento e revisão adequada de prontuários eletrônicos e planejamento avançado de cuidados, subsidiando a tomada de decisão baseada em evidências, são pontos a serem observados pelas gestoras (Shahmoradi; Safadari; Jimma, 2017).

#### 4 SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR E NA UTI

A reorganização dos hospitais foi impulsionada pelas mudanças iniciadas a partir da Revolução Industrial e por interesses políticos daquela época. Nesse cenário, surge Florence Nightingale, considerada precursora da enfermagem moderna, que possuía algum conhecimento em enfermagem, além de vínculos com a política e à ideologia capitalista vigente (Domingues; Chaves, 2005).

Ao ser convidada para coordenar um hospital de campanha na Inglaterra, no período de 1853 a 1856, destinado aos soldados feridos nos campos de batalha da Guerra da Criméia, Florence Nightingale tornou-se conhecida naquele país. Enquanto gestora do hospital militar, procurou acomodar os soldados em estado crítico em um ambiente destinado ao cuidado imediato, surgindo então a UTI. Florence acreditava que o ambiente poderia influenciar a vida do ser humano, desde ser o responsável pela promoção da saúde ou até mesmo levá-lo à morte (Tavares *et al.*, 2020).

Iniciativas realizadas por Florence Nightingale e sua equipe, levou à implementação de mudanças no ambiente hospitalar como a promoção da ventilação, iluminação, limpeza, controle de ruídos, qualidade da água, do ar e da temperatura, contribuindo para o desenvolvimento da Teoria Ambientalista. Somaram-se a essas ações, o cuidado com a higiene corporal e a alimentação como medidas facilitadoras para o processo de recuperação do paciente. Diante disso, Florence tornou-se conhecida pelos resultados inovadores, principalmente pela redução da mortalidade por infecção, nos soldados feridos (Haddad; Santos, 2011).

Segundo Domingues e Chaves (2005), as experiências prévias de Florence no cuidado aos doentes, somadas às observações sistemáticas e registros estatísticos realizados, levaram ao desenvolvimento de concepções teórico-filosóficas que contribuíram para que a enfermagem se tornasse uma ocupação remunerada e mão de obra qualificada para os hospitais.

Dessa forma, a história da segurança do paciente no ambiente hospitalar inicia-se no século XIX, com o pioneirismo de Florence Nightingale e a sua preocupação com a qualidade do cuidado prestado ao priorizar a segurança dos soldados como fator essencial (Nascimento; Draganov, 2015).

Autores supracitados também relatam a importância histórica de outras personalidades para a segurança do paciente, como foi o célebre Dr. Ernest Codman, cirurgião da cidade de Boston, que em 1910, preocupado com a qualidade da assistência, estudou os desenlaces nos

atendimentos prestados aos pacientes, incluindo falhas no tratamento, o que serviria para uma assistência exitosa no futuro.

A partir dos avanços no conhecimento sobre as práticas em saúde, em 1947, o pesquisador e médico Ignaz Semmelweis destacou-se na área da segurança do paciente ao realizar estudo sobre infecção puerperal em uma maternidade em Viena. No decorrer da sua pesquisa, ele observou que as mulheres que deram à luz em partos realizados por médicos e estudantes de medicina apresentaram uma taxa elevada (13–18%) de mortalidade pós-parto quando comparada aos partos realizados por parteiras (2%). Por conseguinte, o pesquisador concluiu que as maiores taxas de infecções em partos realizados por médicos e estudantes de medicina estavam associadas à manipulação de cadáveres durante as autópsias, antes do atendimento às gestantes. Desse modo, ele tornou obrigatória a lavagem das mãos para médicos e estudantes de medicina antes de entrar nas salas de parto, reduzindo significativamente a mortalidade de puérperas para 2%, mesmo valor das parteiras (Best; Neuhauser; Slavin, 2004).

Salienta-se, ainda, que no decorrer da história, outros personagens, a exemplo de John E. Wennberg e Archibald Lemman Cochrane, se destacaram pelos seus estudos sobre a importância da variabilidade clínica e da medicina baseada em evidência, possibilitando valiosas contribuições à qualidade em saúde (Brasil, 2014).

Qualidade e segurança são atributos indissociáveis. A disseminação da qualidade e das metodologias relacionadas a ela deu-se a partir do desenvolvimento das indústrias por Deming, Juran e Ishikawa. Na área da saúde, a tríade de avaliação dos estabelecimentos de saúde idealizada por Avedis Donabedian baseava-se na estrutura, processo e resultado. Compreende-se a estrutura, como instalações físicas de serviços, recursos humanos e materiais. Já o processo refere-se às normas até os processos e políticas. A avaliação destes requisitos possibilitou mensurar os diversos fatores envolvidos na qualidade da atenção à saúde (Ferreira *et al.*, 2021).

Observou-se que um marco na história da qualidade ocorreu quando o Colégio Americano de Cirurgiões criou a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e publicou o trabalho intitulado de *Diseases of Medical Progress*, sobre a prevalência e evitabilidade de iatrogenias como resultado de uma falha no procedimento e não como uma consequência da evolução natural da doença do paciente (Wachter, 2010 apud Bueno; Fassarella, 2012, p. 3).

Incidentes e EA podem ocorrer durante hospitalizações, no entanto, Wake e colaboradores (2021) destacam que a cada ano que passa é possível observar um aumento na mortalidade de pacientes em hospitais em decorrência de falhas nas práticas de segurança do paciente. Nessa perspectiva, estudo de revisão sistemática demonstrou que um em cada vinte

pacientes é afetado por danos evitáveis em ambientes de prestação de cuidados e, aproximadamente 12% desses danos causam incapacidade permanente ou morte e estão relacionados, principalmente, a EA com medicamentos, manejo terapêutico e procedimentos clínicos invasivos. Os danos evitáveis aos pacientes foram mais prevalentes em pacientes tratados em unidades cirúrgicas e de terapia intensiva em comparação com pacientes tratados em hospitais gerais (Panagioti *et al.*, 2019).

Segundo Knobell (1994) as unidades de terapia intensiva surgiram da necessidade não apenas de segregar os pacientes graves, mas para prestar uma assistência eficaz, exigindo atitude decisiva e equipe qualificada. A UTI é considerada um ambiente altamente especializado, devido aos cuidados intensivos e monitoramento contínuo das equipes de saúde. Nesse contexto, a ocorrência de EA é uma preocupação constante em virtude da gravidade dos pacientes e da complexidade dos procedimentos. Os danos aos pacientes podem ser mais facilmente detectáveis devido ao seu impacto imediato, grave ou cumulativo na saúde dos pacientes ou porque melhores sistemas de vigilância foram suficientemente eficientes para detectá-los (Panagioti *et al.*, 2019; Villar; Martins; Rabello, 2021).

Estudo realizado por Bates e colaboradores (2023), em 11 hospitais de Massachusetts em 2018 revelou que os EA mais frequentes foram relacionados a medicamentos (39%), seguidos por falhas cirúrgica (30,4%), falhas na assistência à saúde associados aos cuidados de enfermagem, como quedas e lesões por pressão (15%), e infecções associadas à assistência à saúde (11,9%). Corroborando com esta pesquisa, Maziero e colaboradores (2020), entre os anos de 2017 e 2018, realizaram um estudo avaliativo e documental em seis unidades de terapia intensiva destinadas aos cuidados de pacientes pediátricos, na região do sudeste brasileiro, e encontraram 30 EA em 22 pacientes, com destaque para as infecções nosocomiais, com 12 casos, e nove para as lesões por pressão.

Ainda no cenário brasileiro, dados recentes disponibilizados no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) evidenciam que os tipos de incidentes reportados com mais frequência foram as falhas durante a assistência à saúde, seguida pelas lesões por pressão e as falhas envolvendo cateter venoso. Juntos eles representaram cerca de 170 mil notificações de incidentes (Brasil, 2022).

No que se refere a EA, dados apresentados em pesquisa realizada em 20 hospitais dos Países Baixos divulgou que entre as causas-raízes identificadas, a maioria (70,0%) relacionava-se aos fatores humanos/profissionais, seguida de causas organizacionais/gestão (17,0%), técnicas (7,0%) e ao paciente (6,0%). Segundo os autores, dentre os fatores

humanos/profissionais, destacaram-se as falhas no planejamento, na execução de tarefas e no processo de supervisão de procedimentos (Wagner *et al.*, 2016).

Adicionalmente, pesquisa destaca a possibilidade no aumento das falhas e desfechos desfavoráveis aos pacientes pelos profissionais de saúde devido às condições de trabalho em alta pressão, múltiplas interrupções durante a execução das tarefas, bem como as restrições de tempo (Diz; Lucas, 2022). Outros fatores como escassez de materiais, quantitativo inadequado de recursos humanos, prolongamento da jornada de trabalho, influenciam diretamente na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente (Santos *et al.*, 2018).

Nesse sentido, o que se tem visto atualmente é o aumento da frequência de notícias de ocorrências de erros em saúde nas mídias sociais, geralmente resultando em punições para os profissionais envolvidos. Entretanto, existem diferenças entre erros e violações. Segundo James Reason (2009), notório professor de psicologia da Universidade de Manchester, o erro resulta da falha no desempenho de uma ação que foi planejada ou na execução incorreta de um plano. Para este autor, o erro caracteriza-se por não ser intencional e difere das violações, pois são intencionais.

Para este autor, as falhas podem ser divididas em ativas e latentes. As primeiras referem-se aos atos inseguros (erros e violações) decorrentes de desatenção, esquecimento, baixa motivação, negligência e imprudência que ocorrem a nível operacional, ou seja, por trabalhadores em saúde envolvidos na assistência direta ao paciente e que podem resultar em consequências adversas imediatas. Já as falhas latentes resultam de decisões tomadas a nível estratégico da organização, podem ser duradouras e tornam-se evidentes quando se combinam com falhas ativas.

Nesse sentido, e para auxiliar na compreensão da ocorrência dos erros, Reason desenvolveu o “modelo do queijo suíço” ou “*The swiss cheese model*”. Neste modelo, cada fatia de queijo representa elementos da organização ou etapas de um processo que podem atuar como barreiras, enquanto os buracos do queijo são as respectivas fragilidades. Havendo momentaneamente, um alinhamento dos furos em diversas camadas do queijo, oportuniza a ocorrência de um desfecho indesejado ao paciente (Reason, 2009), o que compromete a segurança do paciente.

A temática da segurança do paciente ganhou visibilidade mundial no final da década de 90, a partir da publicação do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América (EUA). Este estudo revelou que 44.000 e 98.000 pacientes morriam

a cada ano nos hospitais estadunidenses, em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000).

A divulgação do documento supramencionado mobilizou o público em geral levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a reconhecer que a segurança do paciente é um problema global de saúde pública ao infligir países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Segundo Asem, Sabry e Elfar (2019), a segurança do paciente pode ser definida como a prevenção de lesões ou EA ao paciente, que podem ocorrer durante a prestação da assistência à saúde.

Cabe destacar que durante a 57ª Assembleia Mundial de Saúde, foi aprovada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a finalidade de apoiar os estados-membros no desenvolvimento de políticas públicas e boas práticas na assistência à saúde (WHO, 2004).

A inclusão do Brasil enquanto estado-membro da referida Aliança ocorreu em 2007 após assinatura do termo de compromisso por representante do governo brasileiro junto à OMS e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). A parceria da ANVISA e a OPAS/OMS contribuiu com o desenvolvimento de ações para a melhoria das práticas de higienização das mãos nos hospitais brasileiros, sendo que este foi considerado o primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente (OMS, 2008).

Já no ano de 2009 houve o lançamento da Campanha Cirurgias Seguras salvam vidas, que instituiu as ações para a segurança do paciente voltadas para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, considerado o segundo desafio global. Os objetivos da campanha eram a redução de infecções de sítio cirúrgico, promoção da anestesia segura, fortalecimento da segurança das equipes e instituição de indicadores da assistência cirúrgica (OMS, 2008). Já em 2017 a OMS lançou o terceiro desafio global de segurança do paciente denominado “Medicação sem danos” em virtude do reconhecimento do elevado risco de danos associado ao uso de medicamentos (WHO, 2017).

Posteriormente, no Brasil, outras iniciativas para a segurança do paciente despontaram em 2009, como o lançamento da portaria nº 1.660, no qual define um sistema de notificação e investigação de Vigilância Sanitária (Vigipós) no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), parte integrante do SUS, e consolidaram-se com a publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria nº 529, em 1º de abril de 2013, com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, em 25 de julho de 2013, além do lançamento da Portaria N. 1377, de 9 de julho de 2013 e a portaria N. 2095, de 24 de setembro de 2013 que aprovaram os Protocolos de segurança do paciente: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos, Úlcera por Pressão, Prevenção de Quedas; Identificação do Paciente e



Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013).

Destaca-se que os referidos documentos regulatórios fazem parte do marco histórico da segurança do paciente no Brasil, pois suas ações articulam-se com os objetivos da Aliança Mundial e contemplam demais políticas de saúde para somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde (RAS).

O PNSP recomenda que os estabelecimentos de saúde realizem ações para a segurança do paciente através da elaboração e implementação de protocolos de segurança do paciente e materiais educativos, capacitações para profissionais e equipes de saúde, promoção da cultura de segurança, monitoramento de indicadores, inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação, além de ações de vigilância e monitoramento dos incidentes durante a prestação da assistência à saúde. Enquanto a RDC nº. 36 estabelece a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), a obrigatoriedade da notificação de EA e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP), com o propósito de promover ações para a segurança do paciente (Brasil, 2013).

Com vistas a atender as normativas vigentes e aumentar a segurança do paciente nos ambientes de saúde, os NSP dos hospitais brasileiros, nos diversos níveis de complexidade, devem definir e implementar o PSP baseado nas necessidades e especificidades de cada serviço (Costa *et al.*, 2020), visando o estabelecimento de estratégias e ações para a gestão de risco.

A gestão de risco tem sido compreendida como uma abordagem aos riscos no quais o paciente está exposto ao ser atendido nos serviços de saúde, permitindo a identificação e avaliação desses riscos a partir da adoção de estratégias de prevenção, controle e redução do impacto (Fusari *et al.*, 2021).

As ações de gerenciamento de risco vêm sendo realizadas pelos hospitais como uma das principais estratégias para a identificação precoce de perigos, além de fornecer informações indispensáveis à tomada de decisão de forma assertiva e ao desempenho seguro nos serviços (Oliveira; Boere; Silva, 2022). Portanto, a gestão de risco é fundamental na prevenção de EA, pois quando eles acontecem podem levar a ocorrências perigosas, tanto para o paciente quanto para os profissionais de saúde, e acarretam sofrimentos, prolongamento do tempo de permanência no hospital, além de gastos excessivos.

Outra estratégia utilizada pelas organizações de saúde para a gestão de risco, é a notificação voluntária de incidentes em saúde que possibilita conhecer o funcionamento de um sistema no cotidiano, suas fragilidades e riscos latentes, sendo mais efetiva com a participação dos profissionais (Oliveira; Gomes; Costa, 2023). Entretanto, outro estudo revelou que diversos

motivos podem contribuir para a subnotificação de incidentes, tais como: o medo ou receio em notificar, notificação focada apenas em eventos mais graves, falta de conhecimento sobre como notificar e a centralização da notificação na enfermeira (Alves; Carvalho; Albuquerque, 2019).

De forma antagônica à subnotificação, a análise das notificações, associado à cultura não punitiva e uma comunicação de erros aberta poderá contribuir com a aprendizagem organizacional, através da identificação das causas, redução de riscos e melhoria dos processos assistenciais (Furini; Nunes; Dallora, 2019; Silva *et al.*, 2021), fatores que podem levar ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente em uma organização.

Entende-se por cultura de segurança do paciente o produto de valores, atitudes, percepções e competências que definem um padrão de comportamento de pessoas ou grupos e o seu comprometimento em relação à segurança em uma organização (Diz; Lucas, 2022). De modo objetivo, a cultura de segurança do paciente reflete na prática como a segurança é vista e tratada pelos profissionais da organização. Uma vez a cultura sendo positiva, observa-se a substituição da culpa e da punição pela oportunidade de aprendizagem com as falhas. Assim, compreender a cultura de segurança é relevante para melhorar atitudes e comportamentos indesejáveis da força de trabalho (Abousi *et al.*, 2022).

Adicionalmente, destaca-se o papel da liderança de enfermagem como componente chave para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, pois por meio da atuação de um líder, os demais profissionais conseguem criar estratégias e estruturas para promover cuidados de saúde seguros, além disso, elas auxiliam na mudança de cultura, onde os erros e falhas se traduzem em conhecimentos e aprendizagem contínua (Lemos *et al.*, 2018).

Por muito tempo, as ações para a promoção da cultura de segurança ocorrem por iniciativa das enfermeiras gestoras e sua atuação está pautada nas legislações e no exercício das práticas gerenciais e assistenciais com vistas a contribuir para a qualidade da assistência prestada e no avanço do conhecimento científico (Silva *et al.*, 2018). Corroborando com esse estudo, Villar e colaboradores (2021) acrescentam a importância de encorajar os profissionais a reportar erros e a participar de iniciativas de melhoria, para minimizar riscos e garantir a segurança e a qualidade do cuidado aos pacientes críticos. Também recomenda que a prevenção de EA na UTI exige uma abordagem multifacetada, que inclui a aplicação de protocolos de segurança, a utilização de tecnologias avançadas de monitoramento, além da educação permanente da equipe de saúde.

Na atualidade, o desenvolvimento e compartilhamento de novos conhecimentos vêm contribuindo para o fortalecimento da segurança do paciente nos hospitais de alta performance. A aplicação do *round* diário multiprofissional, com o uso de *checklist*, é uma estratégia que tem

se mostrado eficiente para a segurança do paciente, ao garantir melhores cuidados, além de aumentar a satisfação no trabalho da equipe multidisciplinar, sobretudo em UTI (Maran *et al.*, 2022).

Ademais, cabe também ressaltar que no contexto atual, há intenso compartilhamento de informações sobre a segurança do paciente, fomentado por órgãos governamentais como a ANVISA e suas filiais nas capitais brasileiras, bem como pela sociedade civil, através dos profissionais que compõem a Rede Brasileira de Enfermagem, a Sociedade Brasileira de Segurança do Paciente, aos profissionais dos diversos NSP, além de pesquisadores interessados nesta temática, trazendo novas perspectivas para a segurança do paciente no Brasil após dez anos de implantação do PNSP.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria da criação do conhecimento organizacional de Nonaka e Takeuchi (2008), visto que pretendemos aprofundar a compreensão sobre como as enfermeiras coordenam a aplicação do conhecimento para a segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva.

O estudo é exploratório pois permite, segundo Gil (2021), aprofundar o saber do objeto de estudo, seu significado e o contexto no qual ele se inseriu, e possibilita ao pesquisador maior aproximação com o problema, tornando-o mais explícito, e a partir dele, elaborar hipóteses. Segundo Triviños (2013), este tipo de pesquisa é a primeira fase da investigação. Nela, o pesquisador aprofunda seu estudo na realidade específica, na busca de antecedentes, de maior conhecimento e, a partir daí, planeja sua pesquisa descritiva ou do tipo experimental.

Quanto ao estudo descritivo, Triviños (2013) destaca que sustenta o objetivo de conhecer e descrever com veracidade os fatos e fenômenos da realidade a ser investigada. Entende-se, desse modo, que a descrição é fundamental para esta pesquisa diante da necessidade do pesquisador se apropriar dos possíveis diferentes modos de como as enfermeiras gestoras coordenam a aplicação do conhecimento em segurança do paciente na UTI. Assim, o aporte teórico da Criação do Conhecimento Organizacional (Nonaka; Takeuchi, 2008) possibilitou-nos penetrar no cotidiano das ações estratégicas realizadas por essas enfermeiras, dando enfoque aos aspectos subjetivos que envolvem os conhecimentos, atitudes, experiências, habilidades e valores.

O estudo utilizou uma abordagem qualitativa, pois o objeto investigado orientou nessa escolha. O tema em pauta é complexo pois envolve a subjetividade das participantes, seus julgamentos, experiências e modos de aplicação do conhecimento em suas práticas gerenciais. Esta complexidade, para ser explorada, requereu do pesquisador a capacidade de apreender as atitudes pessoais e profissionais das gestoras, o modo como estas aplicam o conhecimento sobre segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva, assim como a importância atribuída ao tema no seu contexto.

Segundo Minayo (2021), na pesquisa qualitativa há uma preocupação maior com os significados, conceitos e opiniões do que com os dados quantitativos. O que possibilita revelar,

para além dos aspectos das ações humanas, os significados implicados no objeto em análise. Para tal fim, as informações podem ser obtidas através de uma interação mais próxima e menos formal entre o pesquisador e o entrevistado com vistas a olhar o fenômeno, inclusive no cotidiano.

Nesse tipo de pesquisa, os diversos elementos que compõem o objeto investigado, como o proposto, perpassam pela percepção do contexto que não poderá ser apreendido por meio da aplicação de instrumentos padronizados como um questionário (Goldenberg, 2011). Esse autor destaca que o valor da pesquisa reside no estudo de questões subjetivas e difíceis de mensurar, a exemplo dos sentimentos, crenças e atitudes individuais.

Para Flick (2009) existem aspectos centrais da pesquisa qualitativa tais como: a apropriabilidade de métodos e teorias que dizem respeito à possibilidade ou não de uma pesquisa ser estudada empiricamente; a perspectiva dos participantes e sua diversidade, pois possibilita demonstrar a variedade sobre o olhar em diferentes perspectivas sobre o objeto a partir dos significados sociais e subjetivos a ele relacionados; a reflexividade do pesquisador e da pesquisa, sendo a comunicação do pesquisador em campo considerada parte explícita da produção do conhecimento e a sua subjetividade.

O mesmo autor destaca a relevância da pesquisa qualitativa no estudo das relações sociais, sobretudo nos contextos das diversidades de ambientes, como nas UTI. Estilos e formas de vida e os modos de gerenciar o conhecimento em tais unidades para a segurança do paciente justificam a opção pela abordagem qualitativa para esta pesquisa.

Diante do exposto, entende-se que a abordagem qualitativa possibilita melhor compreensão acerca do objeto de estudo, na expectativa de que esta investigação traga contribuições relevantes para as práticas gerenciais em segurança do paciente que poderão beneficiar os usuários do SUS.

## 5.2 LOCAL

A pesquisa ocorreu em sete unidades de terapia intensiva de pacientes adultos, pediátricos e neonatos, de dois hospitais públicos de grande porte, certificados como hospitais de ensino, integrantes da RAS e que prestam atendimento aos usuários do SUS na média e alta complexidade, na cidade de Salvador, Bahia.

O Hospital 1 possui 272 leitos ativos de internação, é referência na RAS na alta complexidade em cirurgia cardiovascular e em procedimentos em cardiologia intervencionista,

cirurgia vascular, nefrologia, neurologia/neurocirurgia, traumato-ortopedia, vídeo cirurgias, entre outras. Todos os seus leitos estão vinculados à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), porém 60% dos leitos clínicos devem ser de pacientes regulados de outras unidades de saúde. Em sua estrutura organizacional, este hospital compõe-se de uma Superintendência e três Gerências - Administrativa, de Atenção à Saúde e de Ensino e Pesquisa - com suas respectivas chefias setoriais. É mantido com recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde e do Fundo Estadual de Saúde. Possui três Unidades de Terapia Intensiva: duas UTI Adulto com 10 leitos cada, e uma UTI Pediátrica com dez leitos. Atualmente, a equipe de enfermagem dessas unidades intensivas compõe-se de 132 profissionais, distribuídos entre enfermeiras e técnicos de enfermagem. Possui um núcleo de segurança do paciente instituído em 2015 através da Portaria nº 147/2015 com o objetivo de desenvolver ações para fortalecer a cultura de segurança do paciente. Não dispõe de Serviço de Emergência do tipo “demanda aberta”, neste caso, os pacientes são admitidos após atendimento ambulatorial ou referenciados através da Central Estadual de Regulação da SESAB.

O Hospital 2 possui 640 leitos de internação ativos, é referência na RAS na alta complexidade em Neurologia, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e neonatal, cirurgia vascular e maternidade de alto risco, entre outras especialidades médicas. Todos os seus leitos encontram-se vinculados ao sistema de regulação da SESAB e, apesar de ser da rede própria da SESAB, internamente existem diversos modelos de gestão nos serviços/setores/especialidades. São encontrados parceria pública privada, terceirização por organização social, fundação estadual, e outras.

Nesse hospital, a estrutura organizacional compõe-se de Diretorias: Diretoria Geral, Diretoria Médica, Diretoria Administrativa, Diretoria de Gestão do Cuidado e Diretoria de Enfermagem. Esta, por sua vez, é composta pela enfermeira diretora, equipe de supervisoras e coordenadoras de enfermagem, que por sua vez lideram suas equipes de enfermeiras de Referência, enfermeira de assistência e técnicas e auxiliares de enfermagem. As Enfermeiras de Referência são gestoras do cuidado direto aos usuários. Possui sete unidades de terapia intensiva: UTI cardíaca com 28 leitos, UTI Cirúrgica com 10 leitos, UTI Neurológica com 10 leitos, UTI Geral (Adulto) 1 com 20 leitos, UTI Geral (Adulto) 2 com 9 leitos, UTI Pediátrica com 16 leitos e UTI Neonatal com 17 leitos.

Atualmente, a equipe de enfermagem nessas unidades intensivas apresenta um quantitativo de 377 profissionais, distribuídos em 99 enfermeiras e 278 técnicos de enfermagem. Possui um núcleo de segurança do paciente instituído em 2013, através da Portaria

034/2013, com o objetivo de sistematizar e desenvolver ações referentes à segurança do paciente (Costa *et al.*, 2023).

A partir deste momento em diante, os hospitais, campos de investigação da pesquisa, são denominados de Hospital 1 e Hospital 2. O Hospital 2 diferencia-se do Hospital 1, por possuir serviço de emergência composto por emergência adulto, emergência obstétrica e emergência pediátrica, as duas últimas de “demanda aberta”, com funcionamento ininterrupto, nas 24 horas.

A decisão pela escolha dos referidos hospitais se deu em virtude de possuírem certificados como hospitais de ensino, portanto, são considerados estabelecimentos de saúde de referência em procedimentos de média e alta complexidade, centros de formação, ensino e atuação de importantes especialidades de saúde, além de contribuírem nos processos de inovação assistencial e incorporação tecnológica em saúde. Ademais, servem de campo para a prática de atividades de ensino, pesquisa e extensão para acadêmicos em diversas áreas da saúde conforme o estabelecido na legislação do Programa de certificação de hospitais de ensino (Brasil, 2015).

Cabe ressaltar que as unidades de terapia intensiva são ambientes proveitosos à pesquisa devido a fatores como sua peculiaridade, em relação a complexidade, criticidade do paciente, quantidade e dinâmica dos procedimentos, tecnologias duras em constante inovação, assim como demandas afetivas da equipe multiprofissional que podem colocar os pacientes em maior situação de risco. Além disso, esse ambiente demanda que a gestora saiba utilizar seu conhecimento tácito, proveniente de suas experiências prévias, e o conhecimento explícito disponível nas organizações, bem como aquele obtido em capacitações, para mobilizar recursos de forma que os profissionais de saúde apliquem o conhecimento para a segurança do paciente. Desse modo, conhecer como é realizada essa aplicação pode fortalecer a segurança do paciente nas unidades críticas.

### 5.3 PARTICIPANTES

As participantes da pesquisa foram 10 enfermeiras que ocupavam cargos de gestão em unidades de terapia intensiva das organizações hospitalares estudadas. Dentre as atribuições que são de sua responsabilidade, destacam-se: gestão primordial do cuidado aos usuários como as Enfermeiras de Referência e a gestão de estrutura física e/ou de recursos humanos, como as executadas pelas Enfermeiras Coordenadoras.

Inicialmente, a pesquisa contava com a participação de 18 gestoras. Deste universo, das 15 participantes do Hospital 2, seis foram excluídas pois iniciaram suas atividades em cargos de gestão em UTI em um período inferior há seis meses do início da coleta das informações, uma gestora precisou reagendar suas entrevista por diversas vezes e foi excluída por férias, e uma não acolheu o convite em participar do estudo.

Já na outra organização, o público constituiu-se por três gestoras, todas aceitaram participar da pesquisa. A fim de preservar o anonimato e sigilo das participantes, os excertos dos relatos foram codificados pela letra “GE”, de gerente de enfermagem, associada aos números 1, 2, 3 e assim sucessivamente, conforme a ordem de entrevista (exemplo: GE 1, GE 2...).

Cabe mencionar que houve intencionalidade ao incluir apenas enfermeiras gestoras de UTI, pois estas coordenam a aplicação do conhecimento para segurança do paciente e desempenham papel fundamental nas ações estratégicas para a qualidade do cuidado nas unidades que gerenciam.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeira e ocupar cargo gerencial há pelo menos seis meses, tempo considerado mínimo para adaptação ao cargo e domínio necessário das rotinas da UTI. E, os critérios de exclusão: afastamentos por férias, licenças e aquelas que se recusaram a participar da pesquisa.

Dessa forma, 10 participantes atenderam aos critérios de inclusão e foram entrevistadas, sendo três gestoras do Hospital 1 e sete do Hospital 2.

#### 5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados envolve o uso de técnicas e instrumentos previamente definidos para conduzir estudos de campo, permitindo a obtenção das informações necessárias para a realização do estudo (Minayo; Costa, 2020).

A coleta iniciou-se após aproximação com o campo de pesquisa, no entanto, por se tratar de um estudo proveniente de 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”, as cartas de anuência e a aprovação pelos Comitês de Ética pelos referidos campos do estudo, já tinham sido obtidas.



### 5.4.1 Técnica de Coleta de dados

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, com o auxílio do gravador de voz disponível no aplicativo do *smartphone*, e a utilização de um roteiro de entrevista com perguntas fechadas e uma pergunta aberta. O tempo total das entrevistas foi de 3 (três) horas, 24 (vinte e quatro) minutos e 53 (cinquenta e três) segundos, sendo que o tempo médio de cada entrevista foi de, aproximadamente, 20 minutos e 50 (cinquenta) segundos.

Primeiramente, procedeu-se a realização de uma entrevista-piloto no dia cinco de maio de 2014, com duração de 28 (vinte e oito) minutos e 13 (treze) segundos. Após refinamento na questão de pesquisa, procedeu-se a uma nova entrevista no dia dez de maio, desta vez com duração de 11(onze) minutos e 45(quarenta e cinco) segundos. A média de tempo das entrevistas piloto foi de, aproximadamente, 20 (vinte) minutos. Cabe destacar que as enfermeiras das entrevistadas-piloto não foram consideradas como participantes da pesquisa.

Já na pesquisa de campo realizada no Hospital 1, o tempo total foi de 41 (quarenta e um) minutos e 25 (vinte e cinco) segundos, com média aproximada de 14 (catorze) minutos, enquanto que no Hospital 2 o tempo total foi de duas horas, 43 (quarenta e três) minutos e 28 (vinte e oito) segundos e a média aproximada de tempo de 23 (vinte e três minutos).

Quando comparada à média do tempo das entrevistas-piloto com a média obtida das entrevistas dos dois hospitais, observou-se que todas as entrevistas do Hospital 1 foram realizadas em tempo inferior à média das entrevistas-piloto. Ao passo que no Hospital 2, das sete entrevistas realizadas, apenas duas foram realizadas em tempo inferior à média das entrevistas-piloto. Observou-se que 30% das entrevistas com tempo inferior à média das entrevistas-piloto, eram de gestoras que estavam entre oito meses e um ano em cargo de gestão na UTI.

Segundo Moura (2021), a entrevista semiestruturada é aquela na qual o pesquisador elabora um roteiro com questões previamente definidas e, ao mesmo tempo, permanece atento à possibilidade de captar novas informações a fim de explorar assuntos que foram silenciados ou omitidos das falas do participante. Quando bem utilizadas, é possível coletar indícios sobre como os participantes interpretam a sua realidade.

Fernandez e colaboradores (2023, p. 51) ressaltam que “boas entrevistas semiestruturadas garantem que os dados sejam capturados em áreas-chave, ao mesmo tempo que permite flexibilidade para que os participantes tragam sua própria personalidade e perspectiva para a discussão”.

Para Silva e Russo (2019) a entrevista, ao ser realizada de forma adequada, pode ser considerada uma rica fonte de evidências, resultando em uma pesquisa confiável. O diálogo favorece a compreensão da intersubjetividade do entrevistado, permitindo ao pesquisador descrever a realidade social pesquisada. Em entrevistas mais objetivas depreende-se frações superficiais dos sentimentos, percepções e atitudes dos entrevistados. Por outro lado, entrevistas realizadas com maior profundidade possibilitam compreender a realidade do entrevistado a partir da sua perspectiva.

Por fim, a entrevista semiestruturada enriquece a investigação no estudo qualitativo na medida em que o informante, guiado pelo investigador, começa a participar da pesquisa seguindo espontaneamente o fluxo dos seus pensamentos e experiências (Triviños, 2013).

Nesse contexto, as entrevistas ocorreram integralmente de forma presencial, nas salas das(os) gestoras(es), em dia e horário previamente combinado com cada participante, através de agendamento presencial ou aplicativo de mensagens *WhatsApp* ou viabilizado por comunicação telefônica.

Estudiosos (Fernandez *et al.*, 2023) destacam que alguns dos desafios na realização de entrevistas é que a maioria delas precisará ser gravada e transcrita antes da análise. A etapa da transcrição demanda tempo e disponibilidade do pesquisador e, da mesma forma, a análise é um processo mais lento que acaba exigindo do pesquisador momentos de leituras e reflexões dos textos transcritos.

Assim, as entrevistas realizadas foram gravadas, e cada participante foi informada sobre a gravação do áudio no próprio gravador de voz do *smartphone* da pesquisadora principal, o mesmo procedimento foi realizado pela estudante. Após o término de cada gravação, o material áudio gravado era arquivado e recebia um código GE, juntamente com o número cardinal correspondente.

#### **5.4.2 Instrumento de coleta de dados**

O roteiro de entrevista (Apêndice A) foi constituído de duas partes – a primeira sobre a caracterização das participantes e a outra uma questão norteadora. Referente a caracterização das participantes, constava de itens para o levantamento do perfil sociodemográfico e do perfil profissional dos sujeitos da pesquisa tais como: sexo, faixa etária, tempo de formação, tempo de experiência profissional, tempo de experiência como gestora em UTI, quantidade de vínculos de trabalho e formação complementar.

Já em relação à questão norteadora adotou-se: Como é aplicado, pela equipe, o conhecimento adquirido para o funcionamento da unidade que gerencia?

O roteiro de pesquisa trata-se de um guia que norteia a realização da entrevista no qual as perguntas são enumeradas na ordem em que serão realizadas e devem seguir uma sequência lógica, de modo a possibilitar que o participante discorra sobre o assunto (Moura, 2021).

Ressalta-se que foram realizadas duas entrevistas testes com as gestoras Hospital 1 para avaliação do instrumento. Após realização dos testes, foram feitos ajustes na questão norteadora com o propósito de dar maior clareza e coerência com o objeto de estudo.

### **5.4.3 Procedimento de coleta das informações**

Inicialmente, foi realizada uma reunião com a enfermeira que ocupava o cargo de coordenação de enfermagem no Hospital 1 e com a enfermeira que ocupava o cargo de diretora de enfermagem no Hospital 2, mediante agendamento prévio, para identificação das profissionais a serem entrevistadas. Nesses encontros foram apresentados os objetivos da pesquisa, sua relevância e possíveis contribuições ao desenvolvimento do conhecimento científico, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o número do Parecer da investigação: 5.168.134. Além disso, foi encaminhado por *e-mail*, para a coordenadora de enfermagem do Hospital 1, uma cópia do projeto matriz e a carta de anuência aprovada pelo Comitê de Ética do referido hospital.

Posteriormente, foram realizadas abordagens com as enfermeiras gestoras das unidades de terapia intensiva, selecionadas de acordo com os critérios de inclusão, através de visita presencial, contato telefônico e/ou aplicativo *WhatsApp*. A partir da identificação das profissionais responsáveis, foi realizada uma breve apresentação do projeto, de forma dialogada, e posteriormente foi feito à entrega da carta convite (Apêndice C), para participação.

Para as enfermeiras gestoras que aceitaram participar voluntariamente do estudo, foi agendado um encontro presencial para a realização da entrevista. Esse encontro foi realizado em um ambiente reservado do trabalho, com o objetivo de preservar o sigilo das participantes, em datas e horários pré-estabelecidos, segundo a disponibilidade das mesmas e mediante a sua prévia autorização por meio da assinatura do TCLE. Importante salientar que foram tomados os devidos cuidados para não haver interferência na rotina de trabalho dessas gestoras, através da adequação dos horários das entrevistas em seus turnos de trabalho.

No decorrer da entrevista, as participantes foram orientadas quanto aos objetivos do estudo, relevância, benefícios, caráter voluntário da pesquisa e a possibilidade de retirar-se a qualquer tempo, sem qualquer tipo de prejuízo em caso de desistência. Ademais, as participantes foram orientadas que, caso desejassem, poderiam receber uma cópia do projeto em formato *Portable Document Format* (PDF), através de correio eletrônico, ou ser fornecida uma cópia impressa no dia da entrevista. No entanto, nenhuma das participantes requereu o envio.

No momento inicial foi realizada a leitura do roteiro da entrevista, explorando os objetivos, sendo garantido as participantes a confidencialidade da pesquisa, tanto em relação aos seus nomes, quanto ao local de trabalho. Após os eventuais esclarecimentos, foi solicitado, ainda, a anuência para iniciar a gravação das entrevistas utilizando o recurso de um gravador de voz disponível no *smartphone*, tendo o cuidado de explicar a importância em realizar esse procedimento como forma de registrar as informações da narrativa, bem como a subjetividade revelada.

A coleta das informações ocorreu no período de julho a setembro de 2023, realizada pela própria pesquisadora no Hospital 2. Já no Hospital 1, a coleta foi realizada por uma estudante que cursava o último semestre da graduação e integrava a Escola de Enfermagem da UFBA, a qual foi devidamente treinada, em virtude de conflito de interesse da pesquisadora. Importante ressaltar que, na ocasião, a discente participava do grupo de pesquisa GEPASE.

O preparo da discente deu-se com o intuito de reforçar as boas práticas para a realização da coleta das informações, uma vez que a estudante possuía experiência prévia na realização de pesquisas e dos procedimentos que as compõem. Nesse sentido, foi realizada uma reunião presencial entre a pesquisadora e a discente, com o objetivo de revisar os procedimentos para coleta, desde o agendamento, aplicação do TCLE, bem como as condutas a serem adotadas durante a entrevista, a fim de não intervir nas respostas das depoentes.

Posteriormente à realização da entrevista, os áudios, produtos das entrevistas realizadas, foram transcritos na íntegra no programa *Microsoft Office Word* e procedeu-se à validação de 30% das entrevistas transcritas com as participantes, através de encontros presenciais. Tal procedimento visou conferir um aumento na confiabilidade dos dados coletados. Aproveitou-se ainda este momento para reafirmar o compromisso de omitir os nomes das gestoras, pessoas citadas, entre outros, de forma que não pudessem comprometer o anonimato e sigilo das participantes e dos hospitais.

Não houve a necessidade de entrevistar as participantes mais de uma vez. O tempo total das entrevistas foi de 3 (três) horas, 40 (quarenta) minutos e 53 (cinquenta e três) segundos.

Todas as entrevistas gravadas foram encaminhadas para o *e-mail* privado da pesquisadora. Posteriormente, as gravações foram armazenadas em um *pen drive*, juntamente com os arquivos das transcrições das entrevistas, em uma pasta exclusiva para esta finalidade, a qual foi denominada de “Áudios das entrevistas e Transcrições GE H1” e “Áudios das entrevistas e Transcrições GE H2” para viabilizar sua utilização no computador.

Cabe destacar que o acesso aos arquivos do *pen drive* e ao computador do grupo de pesquisa GEPASE é restrito e com o uso de senha, sob a guarda da coordenação do referido grupo ou da autora ou coautora da pesquisa. Os dados poderão ser compartilhados com os membros do referido grupo de pesquisa por um prazo máximo de cinco anos. Após esse período, a pasta juntamente com as informações, serão deletadas.

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo seguindo as etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e a interpretação (Bardin, 2021).

Segundo Bardin (2021, p. 44), a análise de conteúdo é definida como:

“Conjunto de técnicas das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas destas mensagens).”

Na primeira etapa, denominada de pré-análise, organizou-se todo o material proveniente das entrevistas a ser analisado para constituição do *corpus*, realizou-se uma leitura flutuante das entrevistas transcritas a fim de verificar a aproximação com o objeto e objetivos do estudo.

Na segunda etapa, denominada de exploração do material, foi realizada leitura exaustiva dos conteúdos, procedimentos de decomposição do texto para identificar os núcleos de sentido ou unidades de análise. A partir do agrupamento das unidades de análise, com adoção de critérios léxico-sintáticos dos conteúdos temáticos, segundo semelhanças ou recorrência de temas, foi possível realizar a subcategorização.

Posteriormente, na terceira etapa denominada de tratamento dos resultados, foi realizada a interpretação do material empírico, norteado pelo eixo temático, com a elaboração das categorias temáticas e estas foram confrontadas com as literaturas sobre o tema proposto pelo estudo. Realizou-se a interpretação dos resultados com inferências, procurando complementar ou aumentar a validade, contribuindo para uma interpretação final fundamentada. A interpretação e análise dos dados foi realizada a partir da Teoria da criação do conhecimento organizacional de Nonaka e Takeuchi (2008) no qual, através da interação sinérgica e contínua

entre o conhecimento tácito e o explícito há formação de novo conhecimento individual, e ao se expandir para os grupos de uma organização, se cristalizam em níveis mais elevados, em um processo mais conhecido como “espiral do conhecimento”.

Segundo Moura (2021, p. 97) a análise de conteúdo pode ser entendida como “uma análise de documentos que utiliza procedimentos sistemáticos com objetivo de produzir inferências de um texto de forma objetiva em relação ao conteúdo das mensagens”. Este autor complementa que este tipo de análise é aplicável para tratar materiais oriundos de textos escritos, bem como para os registros de voz ou imagem, ou seja, todo o material de comunicação verbal.

A análise de conteúdo possibilitou compreender os sentidos, significados e importância de se analisar as estratégias gerenciais adotadas pelas enfermeiras para coordenar a aplicação do conhecimento pela equipe para promover a segurança do paciente na UTI. A análise e interpretação dos resultados permitiu o delineamento de três categorias e sete subcategorias conforme ilustrada na figura a seguir:

CATEGORIAS			
SUBCATEGORIAS	<b>Sensibilizam profissionais da equipe para aplicação do conhecimento</b>	<b>Utilizam recursos <i>intra</i> e <i>extra</i> organizacionais para a capacitação dos profissionais</b>	<b>Viabilizam condições para aplicação do conhecimento nas práticas laborais da equipe</b>
	Valorizam o aspecto pessoal, profissional e o trabalho em equipe	Identificam as necessidades de capacitação individual e coletiva da equipe	Utilizam instrumentos normativos e técnico-científicos na prática assistencial
	Promovem o acolhimento e o comprometimento dos profissionais	Utilizam estratégias pedagógicas diversificadas para capacitar os profissionais e se auto capacitar	Monitoram a equipe na utilização de novos conhecimentos
			Compartilham conhecimento nas práticas assistenciais

**Figura 1** - Síntese das categorias e subcategorias relacionadas às estratégias gerenciais de enfermeiras para coordenar a aplicação do conhecimento para promover a segurança do paciente. Salvador, BA, Brasil – 2024.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Este estudo faz parte de um projeto maior, intitulado: “Gestão do Conhecimento estratégico e da segurança do paciente para o desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde” sob CAAE: 53613621.0.0000.5531 e número do Parecer: 5.168.134, aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de enfermagem da UFBA (Anexo A).

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, para fins de cumprimento das exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), fundamentada nos princípios básicos da bioética da não maleficência, autonomia e justiça. Além das Resoluções 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Não houve ônus financeiro para as participantes e para as organizações estudadas. Todas as despesas referentes à pesquisa foram arcadas pela própria pesquisadora.

Cada participante da pesquisa recebeu o questionário e o TCLE, em duas vias, com as informações essenciais sobre a realização da entrevista. O TCLE (Apêndice B) foi devidamente assinado e datado por cada participante para comprovar a sua aceitação em participar da pesquisa. Uma das vias foi entregue a cada participante e a outra via ficou sob a guarda da pesquisadora e da discente. Vale ressaltar que as informações referentes aos objetivos, riscos, benefícios da pesquisa e garantia do sigilo e anonimato, como também desistência, a qualquer momento durante a realização do estudo, foram fornecidas desde o contato inicial com as participantes, bem como estavam descritas no referido documento.

No que concerne aos riscos associados ao estudo, pode-se referir que não houve riscos diretos ligados aos seres humanos de modo a trazer danos físicos, uma vez que a investigação se trata de conhecer como as enfermeiras gestoras de UTI coordenam a aplicação do conhecimento para promover a segurança do paciente. No entanto, uma vez que se pretendeu expor essas narrativas, poderia propiciar o risco a nível da dimensão psicológica e social, a exemplo do constrangimento e/ou desconforto e/ou frustração para as participantes, visto que poderiam se recordar de situações nas quais falhas na prestação de cuidados em saúde, pelos profissionais de sua equipe, resultaram em danos aos pacientes internados nas unidades que coordenam. Contudo, não houve relato ou expressões, por parte das participantes, de desconforto, frustração ou constrangimento.

Vale ressaltar que o estudo foi desenvolvido a partir do interesse pessoal e profissional da pesquisadora, com recursos próprios e sem quaisquer conflitos de interesse para a realização e divulgação.

A pesquisa atendeu aos critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

## 6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados e discutidos neste capítulo e incluem, inicialmente, a caracterização das gestoras entrevistadas. As participantes do estudo foram predominantemente do sexo feminino (90%), a idade encontrada variou de 30 a 67 anos, com destaque para a faixa etária de 30 a 39 anos (50%). Em relação ao tempo de graduação, cinco (50%) concluíram entre 10 e 19 anos. O tempo de formação variou entre 12 a 30 anos. Os cargos gerenciais englobam as enfermeiras coordenadoras e enfermeiras de referência/líderes, mas entendeu-se, no estudo, que todas elas eram gestoras de UTI. Todas possuíam pós-graduação na modalidade *lato sensu* do tipo especialização e/ou residência em terapia intensiva. Além disso, duas também possuíam pós-graduação *stricto sensu* sob a forma de mestrado.

No que se refere ao tempo de experiência em cargo de gestão, sete (70%) enfermeiras tinham entre seis meses e três anos, uma (10%) entre quatro e nove anos, uma (10%) gestora tinha entre oito e 11 anos e uma (10%) tinha acima de 12 anos no cargo. Seis (60%) participantes possuíam um único vínculo trabalhista e também informaram ter recebido treinamentos específicos, sob a forma de cursos ou treinamentos, para atuar na área da gestão. Entretanto, 40% das gestoras referiram não terem recebido qualificação específica para atuar em cargo gerencial. Desse percentual, observou-se maior prevalência no Hospital 2 evidenciado pelo maior *turnover* de enfermeiras gestoras em virtude da fragilidade dos vínculos de trabalho. Esse dado ainda revela que a dificuldade de acesso a treinamentos e cursos de capacitação pode reduzir o desempenho das referidas enfermeiras frente aos desafios diários que envolvem o gerenciamento das unidades críticas.

### 6.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS

Apresentamos e analisamos neste item, as estratégias adotadas pelas gestoras de enfermagem para coordenar a aplicação do conhecimento para a segurança do paciente, englobadas em três categorias, duas delas apresentam duas subcategorias e uma três subcategorias: Categoria I – Sensibilizam os profissionais da equipe para aplicação do



conhecimento e duas subcategorias: Valorizam o aspecto pessoal, profissional e o trabalho em equipe e promovem o acolhimento e o comprometimento dos profissionais. Categoria II – Utilizam recursos intra e extra organizacionais para a capacitação dos profissionais e duas subcategorias: Identificam as necessidades de capacitação individual e coletiva da equipe e utilizam estratégias pedagógicas diversificadas para capacitar os profissionais e se auto capacitar. Categoria III - Viabilizam condições para aplicação do conhecimento nas práticas laborais da equipe e três subcategorias: Utilizam instrumentos normativos e técnico-científicos na prática assistencial; monitoram a equipe na utilização de novos conhecimentos, e compartilham conhecimento nas práticas assistenciais.

### **6.2.1 Categoria I - Sensibilizam os profissionais da equipe para aplicação do conhecimento**

Neste estudo, a forma que as gestoras de enfermagem das unidades de terapia intensiva se valem para sensibilizar suas equipes foi entendida como os movimentos estratégicos que possam promover o engajamento dos profissionais, reconhecimento da importância do seu trabalho, comprometimento com a vida, valorização pessoal, profissional e do trabalho em equipe, acolhimento e gerenciamento das ideias da linha de frente, além de dar ênfase ao lado humano como conforto, empatia e autonomia, todos integrados às suas práticas gerenciais com vistas à segurança do paciente.

Sensibilizar favorece o ambiente para a troca de conhecimentos, torna possível o surgimento de inovações através de novas ideias e práticas que possam ser implementadas, a fim de aprimorar os processos. Nesse estudo, os elementos destacados nas falas das depoentes para sensibilizar suas equipes foram distribuídos em duas subcategorias, assim denominadas: Valorizam o aspecto pessoal, profissional e o trabalho em equipe; Promovem o acolhimento e o comprometimento dos profissionais.

#### *6.2.1.1 Subcategoria I - Valorizam o aspecto pessoal, profissional e o trabalho em equipe*

Parabenizar, celebrar com a equipe os resultados obtidos, ressaltam a importância do trabalho em equipe. Promover essas celebrações no ambiente de trabalho permite um espaço horizontalizado ao tempo que incentiva o diálogo e a união.

Nesse entendimento, é possível depreender que a promoção de uma cultura de cuidados seguros passa pelo ato de sensibilizar os profissionais e para tanto, estes deverão ser despertados para reconhecerem a importância de suas práticas para prevenção de erros (Massaroli *et al.*, 2021). Nas falas, as gestoras referiram que existe um sistema de premiação sob a forma de certificado de reconhecimento e percebem que isso tem sido uma prática que estimula e sensibiliza a equipe, conforme dizem:

[...] *feedback* [...] sob a forma de certificado de reconhecimento [...] é uma estratégia para estimular a equipe. (GE 5).

[...] o certificado de reconhecimento [...] traz estímulo para a equipe. (GE 6)

O reconhecimento genuíno das contribuições e esforços dos colaboradores fortalece o vínculo emocional com a organização, aumentando o engajamento e a dedicação. Esse reconhecimento pode ser formal, como prêmios e promoções, ou informal, como elogios e agradecimentos públicos. Uma vez engajados, os profissionais são mais propensos a colaborar, inovar e atingir metas com maior eficiência (Mira, 2019).

Celebrar as conquistas, grandes ou pequenas, reforça o valor do trabalho realizado, cria uma cultura de apreciação e incentivo, e motiva a equipe a continuar buscando a excelência. Esse ciclo de reconhecimento, engajamento e celebração não apenas melhora o desempenho individual e coletivo, mas também contribui para um clima organizacional positivo e dinâmico (Santos *et al.*, 2019).

Compreende-se que essa prática pode aumentar a moral, cria um ambiente de trabalho positivo e inspirador, além de incentivar o engajamento contínuo com esforços direcionados ao alcance de metas futuras. Nessa perspectiva, as gestoras deste estudo realizam pequenas festas em suas unidades para celebrar os bons resultados alcançados pela equipe, conforme declaram:

[...] fazemos uma festinha com bolo na copa, quando está tudo certo. (GE 7)

[...] parabenizamos as equipes, dizemos que sem eles não conseguimos fazer o trabalho. (GE 8)

A celebração é uma oportunidade de parar, refletir, agradecer as pessoas pela sua contribuição, aprender sobre êxitos e fracassos, reconhecer o trabalho coletivo em uma espécie de ritual que permite a reunião em comunidade de forma que seja divertida (Hilton; Anderson, 2018). Ademais, um ambiente informal, de descontração, favorece a interação e a troca de conhecimentos por meio da socialização entre os indivíduos, pois estes se sentem à vontade para expor ideias, pontos de vista e dar sugestões, fomentando a criação de um novo conhecimento tácito.

Momentos de celebração devem ser viabilizados por gestoras, pois têm um papel importante na promoção do compartilhamento do conhecimento tácito por meio da socialização (Ruoff *et al.*, 2016). Desse modo, o incentivo no ambiente de trabalho não só estimula profissionais a procurarem realização pessoal, mas também tem um impacto direto na maneira como estes assumem as responsabilidades designadas e se comprometem a realizar as melhorias necessárias (Silva *et al.*, 2022).

O reconhecimento coletivo das conquistas não apenas motiva os indivíduos, como reforça a importância do trabalho em equipe e a contribuição de cada um para o alcance de metas. Celebrar sucessos, ainda que pequenos, serve como um lembrete do impacto positivo que o trabalho conjunto pode gerar, promovendo um ciclo virtuoso de empenho e excelência.

Destaca-se a valorização como elemento fundante para sensibilizar. Valorizar é um termo entendido como o processo de atribuir valor a algo ou alguém ou a si próprio de forma que possa despertar a motivação intrínseca dos membros da equipe para desenvolverem seu potencial, tanto profissional quanto pessoal. Nessa perspectiva, as gestoras estimulam os profissionais a buscarem a qualificação para uma melhor atuação na prática assistencial, conforme declaram:

[...] falamos [...] sobre a importância do aperfeiçoamento [...] de se autoconhecer [...] de se aperfeiçoar em relação à educação permanente [...] porque para atuar precisamos estudar [...] com estudo conseguiremos desenvolver a prática no dia a dia. (GE 8)

É possível depreender nas falas das gestoras que elas estimulam o aperfeiçoamento profissional, para além dos conhecimentos técnico-científicos, cuja aquisição de conhecimento pode ser viabilizada por meio de capacitações realizadas pela equipe da educação permanente, além de estimularem o aprimoramento em relação ao autoconhecimento como forma de melhorar a prática diária assistencial.

Nesse processo é válido enfatizar o reconhecimento do trabalho bem-feito (Santos *et al.*, 2016). As gestoras referem perceber que os profissionais buscam o conhecimento conforme dizem:

[...] percebemos que os profissionais estão buscando o que temos para oferecer dentro da unidade [...] percebemos que eles estão estudando [...] que eles observam os processos [...] que conseguem entender a importância [...] dos processos que fazemos na unidade. (GE 8)

Estimular a busca de conhecimento dos profissionais pode trazer diversos benefícios para uma organização. Primeiramente porque promove um ambiente de trabalho positivo e colaborativo, de modo que estes se sintam valorizados e contribuam para o sucesso da equipe. Acredita-se que o estímulo pode trazer como benefício o aumento da produtividade, qualidade

do trabalho, pois profissionais que assim se sentem tendem a se dedicar mais e buscar constantemente maneiras de melhorar.

Destaca, ainda, que o estímulo pode impulsionar a inovação e a criatividade à medida que os profissionais são encorajados a pensar de forma criativa e a buscar soluções inovadoras para os desafios que enfrentam (Valbuena-Durán; Ruíz; Páez, 2021).

Nessa perspectiva, é essencial desenvolver um trabalho em conjunto, mobilizando a equipe. Estimular a integração do trabalho em equipe pode encorajar esforços e propiciar um ambiente favorável às relações pessoais (Duarte *et al.*, 2018). A sinergia gerada pelo trabalho em equipe permite que desafios complexos sejam abordados de forma mais eficaz do que seria possível individualmente, promovendo a inovação e a criatividade (Valentim *et al.*, 2020). Em essência, trabalhar em equipe envolve a integração de esforços individuais, onde a colaboração e a interdependência são chave para o sucesso coletivo (Paulino *et al.*, 2020).

Cabe destacar que o engajamento dos profissionais para a segurança do paciente contribui para o trabalho em equipe e corresponsabilidade entre os envolvidos (Rios, 2017) o que corrobora com os achados deste estudo no qual as depoentes ressaltam que o trabalho em equipe pode trazer benefícios aos pacientes e reduzir os danos, conforme relatam:

[...] se trabalharmos juntas, conseguiremos trazer melhorias e benefícios para os nossos pacientes [...] conseguiremos minimizar danos para os nossos clientes. (GE 4)

O trabalho em equipe facilita a identificação de potenciais ameaças à segurança do paciente e permite a implementação de medidas preventivas de forma proativa. Essa colaboração só é possível e segura mediante uma forma que fiquem integrados. A equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental na promoção da segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. Ao assistir o paciente de forma integrada, as enfermeiras podem compartilhar informações, experiências e *insights*, (Bird; Kalis; Apalodimas, 2023) havendo a conversão de conhecimento tácito baseado em novo conhecimento tácito, por meio da socialização.

Compartilhar informações entre os membros da equipe contribui para o sucesso organizacional pois facilita a tomada de decisão, aumento na eficiência operacional e promove a coesão do grupo. Informações disseminadas, de maneira transparente e acessível aos membros da equipe, facilitam a compreensão do contexto e objetivos, o alinhamento das ações e atuação mais efetiva no alcance das metas coletivas (Guzinski *et al.*, 2019). Essa prática pode reduzir mal-entendidos e duplicação de trabalho, além de fomentar um ambiente de confiança e colaboração. Ao incentivar a troca de conhecimentos, experiências e ideias, as equipes são capazes de inovar, resolver problemas complexos e se adaptar rapidamente a mudanças. Assim,

o compartilhamento de informações é a base para o trabalho em equipe e para o desenvolvimento de um ambiente de trabalho dinâmico e produtivo (Coifman *et al.*, 2021). Outro aspecto que está incluso em um processo de sensibilização e valorização do profissional em seu trabalho é o estímulo a autonomia dos profissionais, conforme declara:

[...] precisamos deixá-los caminhar sozinhos. (GE 8)

A autonomia é entendida, neste estudo, como a capacidade do indivíduo em tomar decisões que cabem a si e de forma independente. Tal componente pode ser considerado um dos mais importantes na promoção da satisfação dos profissionais, pois ao perceberem sua autonomia na UTI podem se tornar um agente proativo, aptos a criar, relacionar, argumentar e, conseqüentemente, primar pela qualidade assistencial (Paranaguá *et al.*, 2016). Segundo Jorge e Faléco (2016), quando as organizações propõem mais responsabilidade e oferecem mais autonomia aos colaboradores, deixando-os livres para executar as tarefas, isso favorece o desenvolvimento da criatividade e ideias dos sujeitos organizacionais.

Outro estudo demonstrou que a autonomia, estimulada pela liderança, pode influenciar positivamente no comprometimento organizacional e na satisfação no trabalho (Maziero *et al.*, 2020), na medida em que o profissional se sinta como um membro importante da equipe (Danno; Esteves; Bohomol, 2021).

Não se pode esquecer a importância das pessoas para o desempenho organizacional. Assim, valorizar o conhecimento intrínseco de cada uma, reconhecer seus esforços realizados, celebrar as conquistas alcançadas em virtude do trabalho em equipe, agir como força motriz para que esse conhecimento possa ser utilizado de forma estratégica para que a organização alcance maior competitividade.

#### 6.2.1.2 Subcategoria II - Promovem o acolhimento e o comprometimento dos profissionais

Profissionais comprometidos com o cuidado em saúde adotam uma postura de acolhimento, e suas práticas são alinhadas com os demais serviços. Uma atitude acolhedora dos profissionais de saúde promove um ambiente de cuidado e confiança, essencial para o bem-estar dos pacientes. O acolhimento envolve escutar ativamente, mostrar empatia e fornecer suporte emocional, o que ajuda a reduzir a ansiedade e o estresse dos pacientes, tornando-os mais receptivos aos tratamentos (Salvati *et al.*, 2021).

Somado a isso, o acolhimento facilita a comunicação, favorece que os profissionais de saúde obtenham informações precisas e completas sobre o estado de saúde do paciente, essenciais para um diagnóstico e tratamento adequados. Esse processo humaniza o atendimento,

fortalece a relação paciente-profissional e contribui para a adesão ao tratamento, resultando em melhores desfechos clínicos (Gonçalves, 2021).

Embora existam profissionais que não estão engajados, e aqueles resistentes às mudanças, neste estudo as gestoras referem que percebem o envolvimento e a preocupação dos profissionais em cumprir os protocolos de segurança do paciente durante a prática assistencial, conforme declaram:

[...] o comprometimento da equipe [...] faz toda a diferença [...] não adianta promover capacitações, se não tem uma equipe comprometida [...] a equipe tem preocupação com a higienização das mãos [...] a equipe tem preocupação com o correto manuseio dos acessos periféricos e do acesso central. (GE 2)

Quando os membros da equipe estão comprometidos, dedicam-se a alcançar os objetivos comuns, trabalham de forma colaborativa e coordenada para que os conhecimentos sejam aplicados no cotidiano do trabalho. Ademais, o comprometimento promove um ambiente de trabalho positivo, no qual os profissionais se sentem valorizados e motivados a oferecer o seu melhor. Estudo internacional demonstrou influência significativa entre a motivação e a adesão de enfermeiras nas práticas de prevenção de quedas em pacientes internados (Muliawan; Nofierni, 2022). Em um cenário onde a saúde e o bem-estar das pessoas estão em risco, o comprometimento da equipe é uma peça-chave para garantir a excelência e segurança no atendimento (Boll *et al.*, 2022).

Cabe ressaltar, entretanto, que assim como as gestoras valorizam os profissionais comprometidos, uma delas referiu que existem profissionais que não estão engajados, sendo resistentes às mudanças, conforme declara:

[...] a equipe tem um pouco de resistência em relação aos protocolos. (GE 10)

Em um ambiente heterogêneo, como é o caso do serviço de saúde, nem todos os profissionais estão comprometidos e engajados em participar de mudanças ou melhorias para a prática assistencial. Estudo comenta que alguns motivos podem levar os profissionais a apresentarem resistência às mudanças, tais como o medo de perder o controle, excesso de incertezas, mal-estar pelas surpresas e o medo de ver ameaçada a maneira como são feitas as atividades. A resistência, então, assume formas de emoções ou condutas para impedir que a mudança ocorra na prática. Assim, a resistência surge em virtude da possibilidade de mudança no modo como as pessoas fazem as coisas (Hilton; Anderson, 2018).

Nessa perspectiva, as gestoras devem atuar para reduzir a resistência da equipe. Para isso, podem se valer do seu *know-how*, obtido das experiências vivenciadas (conhecimento tácito), e dos conhecimentos explícitos adquiridos em treinamentos específicos, com a

finalidade de identificar e valorizar habilidades, talentos e conhecimentos dos seus colaboradores a fim de promover o comprometimento com o foco na realização dos cuidados em saúde seguros.

Para que os cuidados sejam realizados de forma segura, parece não ser suficiente os processos bem delineados. Nesse estudo, as gestoras referem que não se limitam a corrigir ou modificar processos no ambiente de trabalho, mas adotam uma atitude empática quando procuram olhar o profissional sob uma perspectiva humana, observando suas necessidades e oferecendo uma palavra de conforto para que volte a realizar suas atividades com bom desempenho, conforme citam as falas:

[...] não é só o processo que trabalhamos, também trabalhamos a parte humana [...] precisamos olhar mais a fundo as pessoas [...] poucas pessoas conseguem visualizar que o colaborador as vezes precisa [...] de uma palavra de conforto para [...] fazer um trabalho excelente. (GE 8)

Oportunizar um ambiente acolhedor e empático aproxima e fortalece a relação entre os membros da equipe, de modo que se sintam pertencentes aos processos, motivando-os para o desenvolvimento de um trabalho saudável (Giacomini *et al.*, 2022).

Observa-se, nas falas, que a gestora procura desenvolver um ambiente acolhedor na UTI que coordena, e isso pode levar a um aumento da confiança da equipe e o fortalecimento de vínculos. Estudo comenta que a existência de confiança entre gestor e membros da equipe aumenta a satisfação no trabalho e a qualidade do cuidado (Maziero *et al.*, 2020). Tal atitude contribui para proporcionar um ambiente de trabalho saudável e positivo, importante para o bem-estar e a produtividade dos colaboradores. Esse tipo de ambiente caracteriza-se por uma cultura organizacional que valoriza a comunicação aberta, o respeito mútuo e o reconhecimento das contribuições individuais.

Além disso, um ambiente de trabalho saudável facilita a colaboração e o trabalho em equipe, reduz o estresse e melhora a saúde mental dos profissionais. Investir em um ambiente de trabalho positivo é, portanto, essencial para atrair e reter talentos, fomentar a inovação e garantir o sucesso sustentável da organização (Caram *et al.*, 2021).

Em um local de trabalho onde os funcionários se sentem seguros, apoiados e valorizados, há um aumento do engajamento e da satisfação, o que leva a uma maior eficiência e criatividade (Silva; Souza; Zupellari, 2023), além de favorecer a internalização na qual uma pessoa ou grupo assimila conhecimentos, valores, atitudes ou práticas de maneira tão profunda que eles se tornam parte integrante de seu comportamento e modo de pensar. Quando indivíduos internalizam novos conhecimentos ou procedimentos, eles não apenas compreendem e

memorizam, mas aplicam de forma natural e eficaz em suas atividades diárias. Esse processo favorece que as mudanças desejadas, em termos de competências e cultura organizacional, sejam sustentáveis e tenham um impacto duradouro (Roza, 2020). Nessa perspectiva, o gestor deve ter a competência em fazer com que sua equipe crie “saber” para enfrentar situações do cotidiano (Silva *et al.*, 2024), como ocorre nas unidades de terapia intensiva.

Estudo realizado por Fadaie, Lakbala e Ghanbarnejad (2023) sobre a gestão do conhecimento, demonstrou que processos de criação, retenção e aplicação do conhecimento impactam significativamente na satisfação dos profissionais de saúde, e há forte associação entre a aplicação do conhecimento para a prática assistencial e a satisfação dos profissionais.

Considera-se que ao adotar elementos sensibilizantes como os destacados pelas depoentes deste estudo, as gestoras estão utilizando uma estratégia gerencial que tem reverberado positivamente, fazendo com que a equipe de saúde aplique o conhecimento para a segurança do paciente, embora conste no relato que existam pessoas não adeptas aos processos de mudança para obtenção de melhores resultados.

Dessa forma, ao investirem na sensibilização dos profissionais, as gestoras de enfermagem podem não só fortalecer a confiança dos pacientes atendidos nas unidades de terapia intensiva, mas promover uma abordagem gerencial colaborativa e proativa.

### **6.2.2 Categoria II - Utilizam recursos *intra e extra* organizacionais para capacitação dos profissionais<sup>1</sup>**

Os recursos podem ser entendidos, neste estudo, como os meios que as gestoras de enfermagem utilizam para promover as capacitações dos profissionais de saúde. Conhecimentos atualizados sobre protocolos de segurança, procedimentos clínicos e gestão de riscos são essenciais para identificar e mitigar potenciais ameaças à saúde dos pacientes. Além disso, a educação contínua e a formação específica capacitam os profissionais a reconhecerem sinais de complicações precocemente e a responderem de maneira eficaz. Dessa forma, a integração do conhecimento com a prática clínica contribui para a criação de um ambiente seguro, onde a prioridade é a proteção e o bem-estar dos pacientes (Hipólito; Macedo, 2018).

Nessa perspectiva vale destacar as atividades de educação permanente como uma das múltiplas funções dos gestores em saúde, que neste estudo dá enfoque às gestoras de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Assim, essas enfermeiras precisam viabilizar

---

<sup>1</sup> Capítulo publicado em formato de artigo na Revista *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*



capacitações para sua equipe a fim de transformar e organizar os processos de trabalho, aproveitando os acontecimentos do ambiente em que o profissional está inserido para atualizar práticas baseadas em evidências, portanto, mais seguras, habilidades e trabalhar com novas tecnologias (Oliveira *et al.*, 2020).

Para isso, entende-se que o passo inicial é identificar as lacunas de conhecimento e sua aplicação pela equipe. É necessário, portanto, investir no que ainda está deficiente segundo resultados de indicadores, revelações dos profissionais, observações *in loco* e notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde, dentre outros.

Os recursos destacados nas falas das depoentes para capacitar suas equipes foram distribuídos em duas subcategorias: Identificam as necessidades de capacitação individual e coletiva da equipe, e utilizam estratégias pedagógicas diversificadas para capacitar os profissionais e se auto capacitar, que serão discutidos a seguir.

#### *6.2.2.1 Subcategoria I - Identificam as necessidades de capacitação individual e coletiva da equipe*

Identificar as necessidades individuais e coletivas de capacitação pode maximizar o potencial das equipes para o alcance de níveis elevados de eficiência organizacional (Grando *et al.*, 2020). A identificação dessas necessidades é competência e responsabilidade da gestora de enfermagem. Esse processo deve levar em conta as atividades desempenhadas pelos indivíduos e coletividade, e as áreas do conhecimento que exigem aprimoramento (Lopes *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, observa-se que há um posicionamento gerencial das enfermeiras que corrobora com a literatura no processo de identificação das necessidades de capacitação da equipe conforme relatos a seguir:

[...] Capacitamos baseado nas dificuldades que a equipe está enfrentando. (GE 2)

[...] os temas que os trabalhadores dizem que têm dificuldades [...] é trabalhado na capacitação [...] geralmente o técnico de enfermagem refere dificuldade em manusear o carrinho de emergência. (GE 3)

Depreende-se que as gestoras estão atentas às dificuldades e dúvidas demonstradas pelos membros de sua equipe e procuram promover capacitações no serviço, a fim de aprimorar as competências técnicas e comportamentais dos colaboradores. Estudo evidencia que uma formação profissional deficiente e a contratação de profissionais inexperientes foram relacionadas a ocorrência de erros em terapia intensiva (Duarte *et al.*, 2018). Nesse sentido, não

só a ausência do conhecimento explícito, como a sua aplicação, são objetos para intervenção das gestoras de enfermagem.

Assim, ao compreender as habilidades e conhecimentos específicos que cada profissional necessita, bem como as demandas coletivas, as gestoras podem desenvolver programas de treinamento direcionados que abordam lacunas e promovem o desenvolvimento contínuo (Grando *et al.*, 2020). Tal intervenção, que aplica o conhecimento explícito, ou seja, aquele materializado em documentos como normativas ou protocolos, pode sustentar práticas assistenciais para segurança do paciente em unidades críticas.

Outro estudo destaca que as gestoras precisam conhecer, criteriosamente, as práticas de saúde baseada em evidências, o ambiente que coordenam, além de reconhecer a importância da capacitação para a equipe com vista ao atendimento das demandas identificadas (Hang *et al.*, 2023).

Adicionalmente, a capacitação possibilita domínio do conhecimento técnico-científico, reduzindo a distância entre a teoria e a prática profissional com vistas a tomada de decisão, e do uso de recursos tecnológicos para garantir a segurança, tanto do profissional como do paciente (Duarte *et al.*, 2018). Neste estudo, as gestoras relatam que promovem capacitações imediatamente após a identificação de não conformidades, incidentes ou evento adverso grave, conforme relatam:

[...] quando é identificado uma não conformidade, o enfermeiro líder da equipe aciona o técnico [...] para realizarem a correção [...] quando acontece uma falha [...] quando algo grave acontece [...] realizamos rodas de conversa [...] os enfermeiros líderes [...] devem fazer as rodas de conversa [...] quando observam uma falha, pois a correção é para ser feita naquele momento [...] quando há falha no processo de trabalho que precisa ser corrigido [...] fazemos correções uns com os outros [...] toda a equipe [...] é responsável por fazer a correção de maneira educativa. (GE 4)

[...] fazemos capacitação in loco [...] quando ocorre algum evento adverso. (GE 5)

[...] se temos algum problema em relação à segurança do paciente, a orientação é que o enfermeiro líder realize rodas de conversa com a equipe. (GE 10)

Dialogar com a equipe no serviço sobre evento adverso demonstra o empenho e o compromisso da gestora em evitar recorrências. Estes momentos propiciam troca de conhecimento tácito (Brandão *et al.*, 2021) visto que, na interação, a atitude acolhedora e o ouvir a voz dos atores estimulam a revelação de ideias para reduzir EA no contexto das unidades intensivas.

Ademais, no momento em que são identificadas não conformidades, falhas ou evento adverso grave, o conhecimento explícito sobre a segurança do paciente, relacionado ao tipo de evento adverso ocorrido, deve ser novamente socializado por meio das interações com o grupo. Assim, entende-se que a realização de capacitações em serviço aproxima a teoria da prática, além de favorecer o desenvolvimento de habilidades técnicas, sobretudo, no ambiente de terapia intensiva.

Uma outra vantagem da realização de capacitações na UTI é poder alcançar maior número de trabalhadores e promover a discussão de temáticas pertinentes ao cotidiano do trabalho. Desse modo, quando realizada no local de trabalho, as capacitações mantêm a equipe atualizada sobre os mais recentes protocolos de segurança, procedimentos clínicos e melhores práticas, e pode se constituir como elemento importante para fortalecer a segurança do paciente na UTI.

Em relação ao conhecimento para manipular novas tecnologias, esse deve ser adquirido pela equipe antes da sua utilização na UTI. Nesse sentido, as depoentes consideram relevante promover capacitações e esclarecer dúvidas dos profissionais para o uso correto e seguro de novas tecnologias em suas unidades, no entanto, destacam que nem sempre isso é possível, conforme declaram a seguir:

[...] todo equipamento ou produto novo, busco [...] capacitar a equipe [...] nem sempre é possível capacitar antes do material novo chegar na unidade. (GE 2)

[...] quando tem algo novo [...] vamos para o leito [...] e esclarecemos as dúvidas ali. (GE 7)

Essas tecnologias duras são representadas pelos dispositivos invasivos como cateteres, curativos especiais e equipamentos amplamente utilizados nas unidades críticas. É responsabilidade da organização, portanto, ofertar capacitações aos profissionais para o manuseio seguro a fim de prevenir ocorrências de incidentes ou EA relacionados a essas tecnologias. Apesar da lacuna identificada em relação ao material novo, a gestora referiu que promove capacitações no serviço, com objetivo de compartilhar as informações e permitir que os profissionais de saúde pratiquem e aprimorem suas habilidades em um ambiente controlado.

Nessa perspectiva, estudo destaca que programas de educação permanente asseguram que os profissionais de saúde sejam mais bem preparados para lidar com as inovações tecnológicas e os avanços científicos (Teixeira; Teixeira; Matos, 2023) e o uso de estratégias pedagógicas diversificadas pode aumentar a aprendizagem da equipe em relação às práticas seguras.

### *6.2.2.2 Subcategoria II - Utilizam estratégias pedagógicas diversificadas para capacitar os profissionais e se auto capacitar*

A utilização de estratégias pedagógicas diversificadas pode favorecer o atendimento das necessidades e estilos de aprendizagem, contribuindo para a promoção de uma educação mais inclusiva e eficaz. Diferentes abordagens, como aulas expositivas, atividades práticas, discussões em grupo, estudos de caso, e o uso de tecnologias interativas, favorecem que o conteúdo seja acessível e compreensível a todos. Essa diversidade metodológica facilita a aplicação prática do conhecimento, estimula o pensamento crítico e a criatividade, e aumenta o engajamento. Além disso, ao variar as estratégias pedagógicas, pode-se identificar e abordar mais facilmente as dificuldades individuais, proporcionando suporte personalizado. Em última análise, uma abordagem pedagógica diversificada enriquece o processo de ensino-aprendizagem, preparando os profissionais de forma mais assertiva para os desafios do mundo real (Lima; Cavalcanti, 2020) ou seja, para a prática assistencial na UTI.

Evitar danos aos pacientes é objetivo das gestoras e profissionais da saúde que conduzem suas atividades com foco na segurança do paciente e na qualidade da assistência. Sabe-se, entretanto, que a ocorrência de EA é uma realidade devido à natureza universal da falibilidade humana e da complexidade na qual os cuidados se inserem (Tartaglia; Matos, 2020). Em virtude disso, as gestoras relatam que atuam rotineiramente no ensino da segurança do paciente. Mediante isso, elas planejam e executam ações educativas, dando o enfoque aos temas que devem ser priorizados, como declaram:

[...] sempre estou buscando que os profissionais [...] sejam capacitados justamente para promover a segurança dos pacientes. (GE 2)

[...] trabalhamos a temática de segurança do paciente durante um mês para contemplar a equipe interprofissional[...] trabalhamos cada semana com uma temática [...] essa semana trabalharemos a prevenção de PAV (pneumonia associada a ventilação) e toda equipe será envolvida [...] semana passada trabalhamos risco de queda [...] na próxima semana trabalharemos a identificação do paciente. (GE 4)

[...] a partir da necessidade da equipe, planejamos as capacitações do mês. (GE 9)

Nessas falas é possível perceber que estas ações educativas demandam empenho contínuo, diário, e comprometimento das gestoras em promover a segurança do paciente nas unidades as quais coordenam. Nessa perspectiva, as gestoras declaram que implementam programas de capacitações regulares direcionados, tanto pela necessidade de que o

conhecimento explícito seja aplicado, quanto para alcançar toda a equipe de saúde. Para isso, abordam temas do conhecimento explícito relacionados aos protocolos de segurança do paciente e de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, com envolvimento da equipe multiprofissional da UTI.

Vale destacar que a disseminação de informações, ideias e melhores práticas podem estabelecer padrões e procedimentos consistentes que promovam a segurança do paciente. No decorrer das capacitações, os protocolos institucionais são revisitados, discutidos, e dúvidas podem ser sanadas. É um movimento que pode estimular a equipe para aplicá-los com efetividade. Nesse sentido, a aplicação efetiva do conhecimento ocorre quando há a incorporação do conhecimento, ou seja, o conhecimento já está internalizado nos indivíduos.

No entanto, quando o conhecimento sobre a segurança do paciente ainda é incipiente em uma unidade, há maior risco de ocorrência de incidentes e EA. Nesse sentido, as depoentes destacam maneiras de agir dotadas de sensibilidade com o outro. Gerenciam seus liderados com singularidade quando utilizam estratégias diversificadas, que vão desde uma conversa individual, sempre no sentido de manter a privacidade e acolhimento da segunda vítima, quanto utilizando perguntas de ativação, orientam sobre temas de interesse individual ou coletivo, e dialogam com sua equipe de forma respeitosa, conforme pode ser observado abaixo:

[...] às vezes, a dificuldade é manipular [...] uma droga [...] chamamos para conversar. (GE 3)

[...] fazemos correções uns com os outros [...] toda a equipe [...] é responsável por fazer a correção de maneira educativa. (GE 4)

[...] perguntamos se tem alguma dúvida sobre o tema [...] perguntamos ao profissional se precisa que seja revisado. (GE 9)

[...] o profissional é chamado e é novamente orientado [...] quando percebemos que a equipe não está indo bem em relação a alguma coisa, chamamos [...] para fazer a tratativa. (GE 10)

Ao abordar o profissional sobre a necessidade de aprimoramento em determinado tema ou se há dúvidas, chamar para conversar, orientar ou discutir com a equipe, o gestor mostra-se aberto ao diálogo. Tal atitude pode favorecer a aproximação deste com a linha de frente, e revigorar o engajamento do trabalhador nas práticas seguras. Depreende-se, também, que as gestoras buscam intervir de modo horizontal em detrimento de relações hierarquizadas.

A abordagem coletiva se traduz em melhores resultados devido à sinergia criada quando indivíduos colaboram e unem suas habilidades, conhecimentos e perspectivas diversas. Essa

interação promove a troca de ideias, a resolução criativa de problemas e o aumento da eficiência, resultando em soluções mais robustas e inovadoras. Além disso, a cooperação coletiva fortalece o senso de comunidade e pertencimento, aumentando a motivação e o comprometimento de todos os envolvidos. Assim, a soma das contribuições individuais em um esforço coletivo frequentemente supera o desempenho de ações isoladas, evidenciando a força do trabalho em equipe (Lima; Ribeiro, 2022).

Evidenciou-se, nas práticas educativas das participantes do estudo, o uso da roda de conversa. O uso desse método, estimula a participação da equipe e oportuniza o surgimento de um novo conhecimento tácito, através da socialização. Ou seja, no momento da roda de conversa, por meio do diálogo ou por reflexão coletiva, ocorre a formação de um novo conceito (Ruoff *et al.*, 2016). Nas falas a seguir as depoentes assim se expressam:

[...] uma das estratégias é trazer a equipe para as rodas de conversa. (GE 1)

[...] a aplicação do conhecimento acontece em rodas de conversa. (GE 5)

[...] na roda de conversa [...] falamos dos procedimentos que fazemos [...] sinalizamos a importância da grade alta [...] de manter a pulseira de identificação. (GE 8)

[...] fazemos a roda de conversa com o enfermeiro para internalizar [...] com a equipe. (GE 10)

Percebe-se que a roda de conversa tem boa adesão entre as gestoras. A princípio, parece um método simples, porém, por suas características de acontecer com poucas pessoas, em um espaço da UTI, realizada com leveza, com diálogo aberto e linear, favorece o compartilhamento de experiências, o que pode ser um momento para construção do saber profissional. Já Figueiredo e colaboradores (2022), destacam que nesses encontros os profissionais percebem e compreendem a realidade do trabalho e podem contribuir para a resolução de problemas por meio da exposição de ideias e proposição de ações. Ademais, o estudo considera que a roda de conversa se constitui em uma oportunidade de ouvir as demandas profissionais, fortalecer as relações, autonomia profissional, potencialidades e capacidade criativa, no sentido de permitir abertura à formulação de novos saberes (Cardoso *et al.*, 2021).

Outro estudo (Sarreta *et al.*, 2022) evidencia que os espaços de roda de conversa permitem a construção interdisciplinar e intersetorial para o compartilhamento de experiências, conhecimentos, desafios, limites, dentre outros que contribuem para o fortalecimento da educação permanente. Ao compartilhar suas experiências de forma interdisciplinar e com a linha de frente, as gestoras atuam para a democratização da gestão nas organizações. Sendo

assim, utilizar a experiência dessas profissionais e dos membros da equipe de saúde para discutir os problemas do cotidiano, é uma forma de valorização dos trabalhadores (Ferraz *et al.*, 2023) e de adquirir novo conhecimento tácito, como observado a seguir:

[...] a intenção é dar voz aos profissionais. (GE 1)

[...] pedimos que o enfermeiro [...] explique detalhes da identificação da alergia [...] o que uma reação anafilática [...] pode acarretar no paciente [...] fazemos isso para que o enfermeiro aprenda com aquele erro. (GE10)

Finalmente, intervir para educar, junto à equipe da UTI, aplicando a roda de conversa, proporciona troca entre diferentes saberes para desenvolver o capital humano, suas potencialidades, transformar conhecimentos e práticas, mobilizar trabalhadores e gestoras, e, dessa forma, consolidar a aplicação do conhecimento da segurança do paciente sob cuidados em saúde.

Para além das estratégias informadas, as gestoras relatam usar outras como as oficinas, minicursos, dinâmicas, miniaulas, simulação realística e dinâmicas, conforme declarado nas falas a seguir:

[...] na oficina [...] discutimos [...] os erros que foram notificados [...] as notificações que chegaram na unidade naquele mês. (GE 3)

[...] o perfil da nossa UTI é fazer minicursos. (GE 4)

[...] chegando um dispositivo novo [...] pedimos para [...] eles colocarem [...] fazendo na prática [...] fiz uma dinâmica [...] para não deixar curativo compressivo por mais tempo no paciente, pois poderia [...] ser prejudicial [...] na aula de monitorização [...] eu coloco o enfermeiro ou técnico que queira participar [...]e peço a alguém para fazer aquele processo. (GE 8)

[...] nossa capacitação é feita através de práticas vivenciais [...] trazemos para a vivência o assunto que queremos [...] às vezes eu estou ministrando aula, às vezes eu estou ali como ouvinte. (GE 9)

Depreende-se que as gestoras adotam diferentes estratégias para capacitar a equipe sobre a segurança do paciente e, para isso, utilizam metodologias ativas no sentido de estimular o ensino-aprendizagem, a participação da equipe e a troca de conhecimentos (Oliveira *et al.*, 2020). Estes elementos são essenciais para a criação do conhecimento, visto que quando os processos de socialização, externalização e combinação se incorporam ao conhecimento tácito do indivíduo, ocorre a internalização, ou seja, o indivíduo aprende fazendo (Ruoff *et al.*, 2016). Estudiosos dos diversos modelos pedagógicos defendem que quando estes são aplicados

contribuem para uma transmissão horizontal do conhecimento e permite que os profissionais, como os de enfermagem, sejam protagonistas no processo de aprendizagem e apliquem o conhecimento adquirido (Ferraz *et al.*, 2023).

O aprender fazendo no local de trabalho, com simulações de situações reais, é uma abordagem eficaz para internalizar o novo conhecimento e desenvolver habilidades específicas (Marques *et al.*, 2021). O uso de simulações favorece a reflexão dialógica sobre protocolos implantados nas organizações, a problematização da realidade e a identificação em conjunto das situações que precisam ser melhoradas (Parente *et al.*, 2024). Nessa direção, pesquisa brasileira sobre administração segura de medicamentos pela enfermagem revelou que a simulação realística possibilitou reflexão sobre o “modo de fazer” das equipes, a partir de uma nova modalidade de abordagem, na qual conhecimentos e experiências foram compartilhados, ajustando o processo de preparo e administração de medicamentos às recomendações organizacionais com foco na segurança do processo (Cogo *et al.*, 2019).

Outro recurso que as participantes desse estudo conseguem captar para promover capacitações em serviço, são os profissionais de suas unidades que possuem *expertises* em determinado tema, ou profissionais das equipes de apoio, como setor/núcleo de segurança do paciente e da comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH). Ao lançarem mãos desses recursos, as gestoras viabilizam as capacitações nas UTI sobre sua responsabilidade, como declaram a seguir:

[...] se tenho dificuldade na melhoria dos indicadores de segurança do paciente[...] chamo a equipe da segurança do paciente para capacitar minha equipe [...] quando identifico algum problema em relação a medicamentos [...] a farmacêutica [...]se dispõe e capacita [...] a equipe. (GE 2)

[...] fazemos ações educativas dentro da unidade com os temas trazidos pela equipe [...] da CCIH [...] e aplicamos o conhecimento juntamente com eles. (GE 8)

Entretanto, autores (Jorge; Faléco, 2016) enfatizam que existem organizações que ainda não conseguem ampliar a utilização do conhecimento do seu capital humano, diferentemente das gestoras em destaque neste estudo. Entende-se que tal atitude gerencial é um empenho para organizar, adquirir e compartilhar o conhecimento, e assim potencializar a segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva, local de vulnerabilidade para EA.

Diante da necessidade de ampliar a segurança do paciente, as gestoras de enfermagem devem estimular o compartilhamento do conhecimento entre os profissionais, através da socialização, como mecanismo para aprendizagem e ter como resultado uma aplicação viva do conhecimento compartilhado. Estudos (Ruoff *et al.*, 2016; Jorge; Faléco, 2016) comentam que



quando as organizações mantêm o *know-how* pessoal dos trabalhadores guardados ou não aproveitados, este conhecimento tácito tem pouco valor. É necessário que as experiências sejam compartilhadas para desencadear a criação de novos conhecimentos, visto que é pela sinergia entre o conhecimento tácito e o explícito que estes surgem (Nonaka; Takeuchi, 2008).

Para além das capacitações no ambiente da terapia intensiva, as gestoras referiram que são realizadas capacitações pela equipe da educação permanente do hospital às equipes de saúde. Tais capacitações são realizadas periodicamente, conforme cronograma pré-estabelecido, em espaços fora da UTI, com a utilização de metodologias variadas. As falas a seguir ressaltam:

[...] a educação permanente tem uma programação trimestral com diversos temas [...] às vezes são capacitações específicas, outras são capacitações gerais, que ocorrem toda semana [...] somos convidados o tempo inteiro a participar dessas capacitações. [...] a educação permanente eventualmente traz convidados externos. (GE 5).

[...] a educação permanente[...] tem um calendário[...] anual [...]os colaboradores podem participar de cursos, minicursos e palestras[...]a educação permanente é de suma importância. (GE 8)

[...] a capacitação é feita mensalmente [...] e eu também estou incluída [...] estou lá para aprender. Nós temos um grupo de treinamento, onde tem uma enfermeira que é da assistência, mas que um dia na semana ela está voltada para o treinamento. (GE 9)

A educação permanente em saúde é compreendida como aprendizagem no trabalho, pois ocorre no cotidiano dos serviços de saúde a partir da troca de experiências (Figueiredo *et al.*, 2022) entre indivíduos, ou seja, pela interação entre o conhecimento tácito dos indivíduos com vistas ao atendimento das necessidades dos trabalhadores para o desenvolvimento das atividades assistenciais diárias, além de propor medidas que podem melhorar ou evitar a recorrência de incidentes em saúde (Cabral *et al.*, 2023).

Vale destacar que as gestoras valorizam e reconhecem a atuação dos profissionais do serviço de educação permanente do hospital. Consideram suas intervenções educativas fundamentais, ao tempo em que se colocam como aprendizes. Isto se dá pelo entendimento de que o conhecimento é uma construção contínua, à semelhança de uma espiral, na qual o conhecimento tácito, ao ser incorporado às práticas, se converte em conhecimento explícito e assim sucessivamente (Nonaka; Takeuchi, 2008).

Essa dinamicidade do conhecimento, imerso em um meio natural e cultural, a partir da compreensão e transformação da experiência, possibilita a sua criação e recriação (Nonaka; Takeuchi, 2008). Dessa forma, é considerável a responsabilidade, não somente das gestoras de

enfermagem, como da alta gestão das organizações hospitalares, que prestam assistência aos usuários do SUS, viabilizarem a aplicação do conhecimento intra e extra organizacional.

Quanto aos recursos extra organizacionais, as depoentes referem que aplicam conhecimentos novos adquiridos por meio da participação em projetos desenvolvidos na organização de saúde que atuam, o que oportuniza aos colaboradores trocas com profissionais experientes, de outras organizações de saúde, conforme falas a seguir:

[...] participei de projetos [...] e o conhecimento adquirido aplico no hospital. (GE 4)

[...] fazemos parte de um grupo do Ministério da Saúde [...] aprendemos a elaborar plano de ação, buscar indicadores, gerar os indicadores da unidade [...] temos reunião mensal [...] de 15 em 15 dias fazemos apresentações que nos solicitam. (GE 9)

Segundo depoentes, a aplicação de novos conhecimentos na prática só foi possível através de sua participação em capacitações externas, viabilizadas por meio de projetos. Um exemplo disso, no Brasil, é o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). Tal programa visa apoiar e aprimorar o SUS como uma estratégia que tem sido utilizada para fortalecer não só a aplicação do conhecimento de práticas seguras baseadas em evidências como a aplicação do conhecimento advindo de tais práticas.

Na área da saúde o conhecimento é dinâmico e precisa ser aprimorado, sendo importante que as organizações de saúde invistam em capacitações para gestoras com a finalidade de fortalecer uma cultura de educação ininterrupta, visando tornar os processos mais efetivos, assegurar mais autonomia e reduzir os custos (Castro *et al.*, 2023). Essas estratégias colaboram para a implementação da gestão do conhecimento, que ocorre por meio dos processos de aquisição e compartilhamento, o que pode tornar a organização mais competitiva.

Nessa perspectiva, a aquisição de conhecimento pelas gestoras é fundamental para liderar eficazmente suas equipes e promover a excelência no atendimento ao paciente. Gestoras bem informadas estão mais aptas a tomar decisões estratégicas baseadas em evidências, implementar práticas inovadoras e responder, de maneira adequada, aos desafios emergentes do setor de saúde.

Ademais, gestoras que investem no seu aprimoramento profissional servem como modelo de liderança, inspiram suas equipes a valorizar o aprendizado e a buscar melhoria constante, criando uma cultura organizacional que prioriza o desenvolvimento profissional e a excelência assistencial (Silva *et al.*, 2024). Compreendendo a importância dessa fase da gestão do conhecimento, as gestoras apontam que ao adquirirem o conhecimento, elas colocam em prática na UTI que coordenam, conforme relato a seguir:

[...] o conhecimento que adquiri, fui aplicando na prática. (GE 4)

Percebe-se, na declaração da depoente, o seu envolvimento e compromisso ao tornar aplicável o novo conhecimento adquirido. Ao se manterem atualizadas sobre as pesquisas, avanços tecnológicos e medidas regulatórias mais recentes, as gestoras podem guiar suas equipes com autoridade e confiança, na perspectiva que os processos operacionais estejam alinhados com os padrões elevados de qualidade e segurança (Campos *et al.*, 2022).

Nessa perspectiva, para que as organizações atinjam alto padrão de qualidade e segurança na assistência é necessário que os demais profissionais envolvidos nos cuidados diretos aos pacientes também apliquem os conhecimentos adquiridos (Davila *et al.*, 2015). Nesse sentido, as gestoras referem que orientam os profissionais que os conhecimentos disponibilizados pela organização, através de treinamentos e cursos, devem ser colocados em prática, ou seja, aplicados na assistência, conforme relatos a seguir:

[...] a equipe está capacitada quando absorve alguma coisa do treinamento e consegue colocar isso em prática. (GE 2)

[...] o conhecimento adquirido tem que estar aplicado. (GE 5)

[...] o conhecimento adquirido é aplicado na assistência [...] a equipe vai aplicar o conhecimento adquirido nos cursos, na assistência. (GE 6)

[...] o conhecimento adquirido é aplicado através da prática [...] mostramos para o grupo que [...] o ensinado é a hora de aplicar. (GE 9)

Nos discursos, as gestoras destacam que o conhecimento não fica restrito apenas à aquisição, em um momento específico, mas que é aplicado no dia a dia na assistência. Essa aplicação do conhecimento é o cerne da gestão do conhecimento, um processo dinâmico que visa capturar, compartilhar e utilizar informações de forma efetiva no ambiente intra organizacional. Essa abordagem estratégica reconhece a importância do aprendizado contínuo, tanto individual quanto coletivo, como catalisador para a inovação e o crescimento organizacional. Ao investir na disseminação do conhecimento e na promoção de uma cultura de aprendizado, os hospitais podem otimizar suas operações, resolver desafios complexos e se adaptar rapidamente às mudanças da área de saúde. Além disso, ao incentivar a aplicação prática do conhecimento adquirido, a gestão do conhecimento possibilita a geração de valor tangível, impulsionando a melhoria dos atendimentos (Hipólito; Macedo, 2018).

Portanto, os recursos intra e extra organizacionais, tanto contribuem para aquisição do conhecimento das gestoras e trabalhadores como para o compartilhamento de conhecimentos à

coletividade, sobretudo no que se refere aos conhecimentos acerca da segurança do paciente. Nesse sentido, as gestoras relatam que a UTI que coordenam vem apresentando bons resultados para a segurança do paciente, conforme falas a seguir:

[...] tem três anos e meio sem quedas na unidade [...] isso é mérito da equipe [...] há cinco meses estamos com infecção de corrente sanguínea zerada [...] tudo isso é reflexo de uma equipe capacitada. (GE 2)

[...] antes tínhamos muita hipotermia, cerca de 70%, hoje está em torno de 10% [...] depois dos ensinamentos[...] treinamentos em sala de aula, depois de treinamento in loco, depois [...] de tirar dúvidas. (GE 9)

É possível observar os avanços e as conquistas alcançadas pela equipe da UTI, em relação aos indicadores de qualidade e segurança do paciente, ao investir em capacitações (Gomes; Diniz; Tonini, 2023). Corroborando com este estudo, as gestoras apresentam alguns resultados obtidos nas unidades que coordenam, após as intervenções educativas.

Levando-se em consideração os aspectos abordados, a aplicação do conhecimento para a segurança do paciente na UTI é crucial, dado o ambiente altamente complexo e dinâmico. Utilizar práticas baseadas em evidências e protocolos permite que os profissionais de saúde identifiquem e respondam rapidamente a complicações, reduzindo significativamente os riscos. A educação contínua e a troca de informações entre os membros da equipe multidisciplinar podem ser consideradas estratégias importantes que as gestoras de UTI utilizam para manter padrões elevados de cuidado e bons resultados na execução de procedimentos críticos que têm sido percebidos. Portanto, integrar o conhecimento atualizado com a prática clínica na UTI não só aprimora a qualidade do atendimento, mas fortalece a cultura de segurança, proporcionando aos pacientes os cuidados intensivos mais seguros e eficazes possíveis.

### **6.2.3 Categoria III - Viabilizam condições para aplicação do conhecimento nas práticas laborais da equipe**

Viabilizar condições para a aplicação do conhecimento é tornar acessível ou disponível, o que for necessário, para que o conhecimento sobre a segurança do paciente ocorra na prática. Para tanto não é suficiente apenas capacitar a equipe, as gestoras de enfermagem precisam acompanhar, avaliar e reavaliar os trabalhadores, além de viabilizar as condições necessárias para que os resultados esperados sejam eficientes (Santos, 2017), com riscos mínimos de danos desnecessários aos pacientes, comunidade e profissionais de saúde (Chaves *et al.*, 2020).

Estudiosos ressaltam que as gestoras de enfermagem se destacam ao promoverem as condições favoráveis para o funcionamento adequado das unidades de terapia intensiva, pois são responsáveis pela administração e gerenciamento de recursos físicos e humanos. Tais condições referem-se a estrutura física adequada, insumos e equipamentos de qualidade e em quantidade suficiente, profissionais competentes e com dimensionamento em número adequado (Santos, 2017; Huangfu *et al.*, 2023; Sales *et al.*, 2018). No entanto, para que elas possam viabilizar tais condições, precisam do apoio da alta gestão, pois questões como dimensionamento de pessoal, desabastecimento de insumos e outros, fogem ao seu escopo de atuação.

Nesse estudo, os elementos destacados nas falas das gestoras para viabilizar as condições para aplicação do conhecimento nas práticas laborais da equipe se pautam em três subcategorias, assim denominadas: Utilizam instrumentos normativos e técnico-científicos na prática assistencial; Monitoram a equipe na utilização de novos conhecimentos; e Compartilham conhecimento nas práticas assistenciais, que serão discutidas a seguir.

#### *6.2.3.1 Subcategoria I - Utilizam instrumentos normativos e técnico-científicos na prática assistencial*

A utilização do conhecimento está relacionada com a habilidade dos indivíduos em localizar, acessar e usar as informações e conhecimento armazenados em sistemas de memória formal ou informal da organização (Gonzalez; Martins, 2017). Nesse sentido, a utilização de instrumentos gerenciais é primordial para o alcance da qualidade e a resolutividade no desenvolvimento das organizações de saúde (Silva *et al.*, 2022).

Dentre os instrumentos gerenciais, destacam-se os normativos e os técnicos-científicos que norteiam a prática assistencial da enfermagem. Os instrumentos normativos orientam o exercício das atividades laborais de uma categoria profissional (COFEN, 2017). Já os documentos técnicos-científicos, protocolos e procedimentos/rotinas são importantes, pois favorecem os cuidados mais seguros aos pacientes (Moritz *et al.*, 2023).

Neste estudo, as gestoras de enfermagem referiram que diversos instrumentos normativos e técnico-científicos são utilizados para o desenvolvimento das atividades laborais da equipe, com o objetivo de fomentar práticas seguras nos cuidados em saúde aos pacientes assistidos nas unidades de terapia intensiva que elas coordenam, tais como: Regimentos e normas do Conselho Regional de Enfermagem (Coren), procedimentos/rotinas, protocolos, *bundle*, *huddle*, *kamishibai* e *kanban*.

Dentre os instrumentos normativos, destaca-se o Código de Ética de Enfermagem. Tal instrumento é deveras importante para o exercício profissional, pois norteia as práticas assistenciais da equipe de enfermagem, sejam elas na assistência ou na gestão de serviços de saúde, a fim de possibilitar a segurança no cuidado ofertado aos pacientes (COFEN, 2017). É possível perceber que as gestoras se mantêm atentas para acompanhar as atualizações e pareceres publicados pelo Coren, bem como demonstram seguir as rotinas e orientações acerca da segurança do paciente, conforme declaram a seguir:

[...] para a segurança do paciente seguimos as normas [...] e as rotinas [...] quando existe alguma mudança no nosso conselho, fazemos a consulta [...] porque [...] o Coren nos rege e diz o que podemos fazer [...] acompanhamos os pareceres do Coren.  
(GE 7)

Estudo refere que, entre outras funções que desempenham, cabe às gestoras orientar a equipe sobre fluxos, normas e rotinas do hospital (Costa *et al.*, 2023). Percebe-se, nos relatos das enfermeiras, a responsabilidade em cumprir as normativas vigentes, pois são estas que estabelecem os limites de atuação dos profissionais de enfermagem para a prática assistencial conforme o conhecimento de cada categoria do campo da enfermagem. Ao acompanhar as atualizações e pareceres publicados pelo Coren, as depoentes demonstram interesse em integrar as práticas às normativas vigentes nas unidades que gerenciam. Ressalta-se que é dever dos profissionais de enfermagem conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem (COFEN, 2017).

Quanto aos documentos técnicos-científicos, destacam-se os procedimentos/rotinas e os protocolos. Segundo Gonzalez e Martins (2017), estes documentos representam o conhecimento necessário para o funcionamento efetivo e consistente da organização, visto que possibilitam a divisão e especialização do trabalho.

Os procedimentos/rotinas são documentos que descrevem detalhadamente os passos e os materiais a serem utilizados para a execução de um cuidado de enfermagem direto (assistencial) ou indireto (Pimenta *et al.*, 2015). A padronização desses procedimentos/rotinas de enfermagem pode melhorar a qualidade da assistência, sobretudo quando esses são construídos de forma coletiva, com o envolvimento da equipe, além de levar em consideração a realidade do serviço (Sales *et al.*, 2018). Este mesmo estudo evidenciou que a implantação de procedimentos/rotinas reduziu deslocamentos de pacientes para as unidades de maior complexidade.

Já os protocolos são documentos voltados à assistência e norteiam a tomada de decisão para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde, dentro dos princípios da prática baseada em evidências, além de oferecerem as melhores opções disponíveis de cuidado. Na enfermagem, a prática baseada em evidência pode ser entendida como a tomada de decisões realizada com base na experiência de enfermeiras e nas melhores evidências obtidas de pesquisas científicas com utilização dos recursos disponíveis (Park *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, a utilização de documentos, como os procedimentos/protocolos, disponibilizados de forma correta e benéfica, tende a aprimorar a assistência, viabilizar respostas rápidas e adequadas à tomada de decisão, corrigir as não conformidades, favorecer as práticas cientificamente comprovadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, além de estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais (Pimenta *et al.*, 2015; Sales *et al.*, 2018; Fadaie; Lakbala; Ghanbarnejad, 2023).

Ressalta-se que diariamente são realizados procedimentos invasivos similares, em unidades de terapia intensiva de diferentes organizações hospitalares, e pode haver pequenas variações durante o processo de trabalho, a depender da rotina de cada hospital (Gomes; Gomes; Oliveira, 2023). Desta forma, documentos como procedimentos/rotinas e protocolos auxiliam na padronização dos procedimentos executados pela equipe de saúde durante a assistência.

Pesquisa realizada com enfermeiras intensivistas revelou que estas consideram que o uso de protocolos é uma estratégia viável para reorganizar os processos de trabalho, desde que sejam cuidadosamente elaborados e socializados com todos os membros da equipe interdisciplinar (Huangfu *et al.*, 2023). Corroborando com esse pensamento, as gestoras relatam que disponibilizam e estimulam a consulta e o uso de materiais de apoio como rotina aos profissionais recém-admitidos nas unidades críticas que coordenam, conforme depoimentos a seguir:

[...] temos um POP da enfermagem aqui no hospital [...] com atribuições do enfermeiro [...] e do técnico [...] ele é disponibilizado para o funcionário logo após ser admitido na unidade [...] quando há dúvida em quem despreza a DVE (se refere a Derivação Ventricular Externa) [...] a literatura traz quem despreza [...] e consultamos nesses momentos. (GE 7)

[...] temos POPs [...] com isso os profissionais sabem a conduta que deve ser tomada. (GE 8)

Ao disponibilizarem documentos como procedimentos/rotinas/protocolos aos profissionais recém-admitidos no serviço, as gestoras estão provendo-os com informações necessárias que irão favorecer a tomada de decisão (Gonzalez; Martins, 2017). Do mesmo modo ocorre quando as gestoras, juntamente com sua equipe, consultam os referidos documentos em

caso de dúvida. Ao disponibilizarem tais documentos organizacionais, as gestoras compartilham conhecimentos explícitos e, conseqüentemente, viabilizam a aquisição de conhecimento pelos profissionais recém-admitidos no serviço, estimulando a autonomia. A intenção é de que esses documentos subsidiem a tomada de decisões assertivas e, desta forma, as gestoras contribuam para o fortalecimento da adesão às práticas mais seguras.

Outrossim, pesquisa realizada com profissionais de enfermagem aponta que a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem é importante na padronização de atividades e serviços de saúde (50%), na educação permanente/continuada (50%), na segurança do trabalhador (50%), na segurança do paciente (42,8%) e na tomada de decisão (28,5%). Reconhecem que a padronização de tarefas direcionada por protocolos auxilia o trabalho da enfermagem ao reduzir variabilidade na execução de determinada tarefa, evita erros operacionais e danos aos pacientes (Moritz *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, as gestoras referiram que na ocorrência de EA, procuram revisar procedimentos/rotinas/protocolos com objetivo de compreender em qual etapa do processo houve uma falha que possa ter desencadeado a ocorrência da não conformidade, conforme dizem:

[...] revisamos o protocolo baseado no conhecimento que adquirimos em um evento adverso [...] se ocorrer exteriorização de cateter[...] revisamos o protocolo[...] para entender onde houve a falha que contribuiu para aquele incidente. (GE 5)

[...] ajustamos as rotinas e os processos para todas as unidades [...] para evitar ruídos. (GE 8)

O ato de revisar o protocolo após a ocorrência de incidentes ou EA, demonstra não só a responsabilidade, como uma atuação assertiva para alinhar a equipe com o conhecimento explícito disponível, o que pode ajudar a otimizar o processo em questão, minimizar riscos, melhorar a eficácia operacional e promover a segurança do paciente. Revisar esses protocolos após incidentes é crucial para identificar áreas de melhoria, atualizar práticas de atendimento e prevenir incidentes semelhantes futuros.

Considera-se que a revisão dos processos pelas gestoras favorece a segurança do paciente, promove a ampliação do conhecimento organizacional que pode levar a mudanças nas rotinas e nos procedimentos adotados para aplicação e incorporação das melhores práticas.

Outro instrumento utilizado na prática assistencial, que viabiliza a equipe aplicar os conhecimentos para a segurança do paciente em UTI é o *bundle*. Esse termo inglês se refere a um conjunto de itens agrupados ou embalados para venda ou distribuição como uma única unidade (Silva; Oliveira, 2018) ou seja é um pacote de itens. Na área da saúde, o termo é frequentemente usado para descrever um conjunto de intervenções ou práticas que devem ser



aplicadas conjuntamente como parte de um protocolo de tratamento para uma condição específica. Essas intervenções podem incluir uma combinação de procedimentos médicos, terapias, medicamentos e diretrizes clínicas destinadas a melhorar os resultados do paciente (Pinho *et al.*, 2020).

Os *bundles*, na saúde, são frequentemente projetados para abordar condições complexas ou situações clínicas específicas, como infecções hospitalares, cirurgias, partos e tratamento de doenças crônicas. Eles são desenvolvidos com base em evidências científicas e nas melhores práticas clínicas, e são destinados a padronizar e otimizar o cuidado do paciente (Silva; Oliveira, 2018).

A prevenção da infecção hospitalar pode incluir no *bundle*, por exemplo, diretrizes para higienização das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI), protocolos de limpeza e desinfecção de superfícies, e monitoramento rigoroso de sinais de infecção em pacientes (Costa *et al.*, 2020). Os *bundles* são implementados em hospitais e outras organizações de saúde como parte de iniciativas de melhoria da qualidade e segurança do paciente (Pinho *et al.*, 2020).

No presente estudo, as gestoras corroboram com a concepção dos *bundles* e referem que estes são utilizados pela equipe como instrumento para guiar, educar e facilitar o monitoramento dos processos assistenciais com aplicação de boas práticas, segundo relatam:

[...] as rotinas e pacotes de mudança são aplicados através dos bundles [...] a equipe assistencial [...] coleta e os preenche [...] o pacote de mudança é preenchido pelos profissionais [...] o pacote de mudança [...] é aplicado através da participação da equipe nas discussões [...] multidisciplinares [...] o pacote de mudança é de responsabilidade do enfermeiro e [...] do técnico. (GE 1)

[...] usamos instrumentos [...] para coletar e mensurar dados dos processos assistenciais. (GE 3)

Percebe-se, nas falas das depoentes, que os profissionais utilizam os pacotes de medidas no cotidiano do seu processo de trabalho que estão de acordo com as normas já explicitadas (Teixeira; Teixeira; Matos, 2023), as responsabilidades são compartilhadas com diversos atores e há uma rotina para discutir os resultados dessas coletas com a equipe. Através da aplicação do *bundle* é possível mensurar a adesão dos profissionais aos protocolos assistenciais, ou seja, confirmar se o conhecimento acerca das boas práticas é aplicado durante os cuidados.

Entretanto, estudo ressalta que a aplicação do conhecimento, para ser efetiva, os profissionais de saúde precisam ter acesso a informações científicas a fim de revigorar o conhecimento, dirimir dúvidas para, se necessário, adotarem as práticas alinhadas com as recomendações de segurança do paciente (Costa *et al.*, 2020).

Estudo realizado pelos autores supramencionados, identificou deficiências no conhecimento e nas práticas dos profissionais de saúde em relação às diretrizes do *bundle* de cateter venoso central (CVC) em uma UTI de adultos. Enquanto a higienização das mãos mostrou-se como o item com o maior nível de conhecimento entre os profissionais, tanto durante a inserção quanto na manutenção do CVC, o uso de desinfetantes como a clorexidina, seguido pelo álcool, e a troca de conectores do *hub* do cateter foram os itens menos conhecidos. Isso ressalta a importância de programas de capacitação para preencher essas lacunas de conhecimento e melhorar a conformidade com as práticas recomendadas.

Desse modo, a aplicação dos pacotes de medidas pode aprimorar o aprendizado para a tomada de decisões da equipe das unidades de terapia intensiva estimulado pelo compartilhamento de experiências entre os membros da equipe e pelas evidências científicas atualizadas (Teixeira; Teixeira; Matos, 2023).

Outro instrumento utilizado nas organizações de saúde, denominado de *huddle*, se refere a uma reunião rápida e focada entre membros da equipe de saúde, como médicos, enfermeiras, terapeutas e outros profissionais. Essa reunião tem como objetivo discutir o estado atual dos pacientes, revisar planos de tratamento, coordenar cuidados e apresentar as pendências. Essas reuniões podem acontecer regularmente, no início do turno de trabalho, e podem melhorar a comunicação e colaboração entre os membros da equipe, de modo que todos estejam atualizados e alinhados sobre a assistência ao paciente naquele dia.

Ao final, o objetivo do *huddle* é maximizar a segurança dos cuidados ao paciente, além de contribuir para consolidar a interdisciplinaridade na saúde diante da complexidade do paciente crítico (Carvalho *et al.*, 2023). Nesse sentido, as gestoras referem que esse instrumento é utilizado para o levantamento de pendências e na definição de metas, conforme relatos a seguir:

[...] o huddle acontece no início do plantão [...] é um levantamento de pendências. (GE 1)

[...] no huddle é aplicado um checklist padrão. (GE 4)

[...] no huddle compartilhamos as informações [...] para definir as metas para aquele dia. (GE 5)

Nessas falas é possível perceber que a aplicação do *huddle* é realizada de forma estruturada, por meio de um *checklist*, o que se acredita favorecer o compartilhamento de informações com os demais membros da equipe. Desta forma, o *huddle* contribui para o acompanhamento dos processos de cuidados aos pacientes, na definição de prioridades e tomada de decisões e, portanto, pode contribuir para redução dos incidentes e EA nos ambientes intensivos de cuidado.

Este achado corrobora com o estudo realizado em um hospital público acerca da implementação do *huddle*, no qual as reuniões ocorriam diariamente, de 10 a 15 minutos, com a equipe multidisciplinar, para discutir as pendências e possíveis soluções necessárias. A partir desta prática, foi constatado melhorias na comunicação e no trabalho em equipe, além de que reforçou a importância de medidas para favorecer a segurança do paciente e a qualidade dos serviços (Fernandes *et al.*, 2023).

Nas falas das gestoras encontramos também o uso do *Kamishibai*. Este termo é de origem japonesa e significa “teatro de papel”. Diz respeito a uma prática milenar para contar histórias de manifestações artísticas observadas nas ruas de Tóquio, principalmente no período da segunda guerra mundial. O conceito foi adaptado para a saúde sendo composto de cartões que descrevem os passos (conceito de mudança) a serem monitorados pela equipe. Este instrumento possibilita acompanhar e demonstrar como o processo está sendo executado na prática. Ao final, gera dados processuais que evidenciam a adesão aos pacotes de medidas, além de deixar visível para equipe o resultado do seu trabalho, quando este acontece (Stewart, 2021).

Entende-se, assim, que o *kamishibai* pode contribuir para dar retorno à equipe do resultado da aplicação do conhecimento sobre segurança do paciente. Estudo recente comenta que esse instrumento tem sido utilizado na área da saúde como ferramenta de gestão, para realizar auditorias internas nas áreas assistenciais com vistas à redução de riscos (Santos *et al.*, 2023).

As depoentes deste estudo consideram que o *kamishibai* permite verificar a adesão da equipe, dia após dia, aos protocolos assistenciais, conforme declaram a seguir:

[...] os dados coletados são expostos [...] no *kamishibai* [...] que é um instrumento que reflete o que acontece na assistência [...] no *kamishibai* [...] é possível ver as melhorias dos processos. (GE 5)

[...] trabalhamos com ferramentas visuais como o *kamishibai* [...] nele [...] colocamos por exemplo “observar grade baixa” [...] em um mês ou dois meses, consigo melhorar esse processo. (GE 8)

Conforme relatado, trata-se de uma ferramenta visual que pode ser utilizada com sucesso e, em curto período, para melhorar a segurança do paciente em UTI. Logo, pode contribuir significativamente para promover não só a segurança do paciente, como reduzir erros e aumentar a cultura de cuidado colaborativo.

Além do *kamishibai*, os hospitais têm adotado novas abordagens na gestão do cuidado através do *kanban*. Esta abordagem visa, tanto racionalizar o uso de recursos, como reduzir o tempo médio de permanência, além de aprimorar a qualidade do cuidado. Nesta perspectiva, tal instrumento induz um trabalho que envolve a equipe multiprofissional, a implementação de

protocolos e permite a utilização de indicadores para acompanhar e avaliar o sucesso das iniciativas, tornando-se, assim, uma significativa estratégia gerencial.

Estudo aponta que o *kanban* tem sido usado na gestão de leitos em organizações hospitalares, combinando práticas de gestão com base em prioridades clínicas e ferramentas visuais. Comentam que a ferramenta facilita a gestão do cuidado, visto que contribui para priorizar ações e facilitar a tomada de decisões clínicas, assim como maximizar o uso dos leitos pela equipe multiprofissional (Cecílio *et al.*, 2019).

A lógica do *kanban* se fundamenta em dois princípios: a colaboração interprofissional para aprimorar o diagnóstico e o plano terapêutico dos pacientes, e o uso de informações atualizadas sobre o paciente. Desse modo, pode otimizar a oferta de leitos, reduzir o tempo de permanência do paciente e aumentar a rotatividade dos leitos (Cerdeira *et al.*, 2020).

Para além de estudiosos (Cecílio *et al.*, 2019; Cerdeira *et al.*, 2020) apresentarem o *kanban* como uma ferramenta destinada à gestão de leitos, as participantes deste estudo sinalizam que tal instrumento tem sido utilizado, principalmente, para compartilhar informações entre os profissionais, com vistas de promover a interação, conforme dizem:

[...] no kanban fica descrito todas [...] as informações compartilhadas no huddle. (GE 5)

[...] trabalhamos com o kanban que fala sobre a previsão de alta dos pacientes. (GE 8)

O compartilhamento de informações entre os membros da equipe favorece vários aspectos fundamentais na prestação de cuidados de saúde com qualidade. Sendo assim, pode promover a segurança do paciente, melhorar a coordenação do cuidado, facilitar a tomada de decisões informadas, aumentar a eficiência operacional, promover a satisfação do paciente e elevar a qualidade geral da assistência à saúde.

Em uma das organizações de saúde integrantes deste estudo, foi implantado um programa específico para a gerenciar a melhoria contínua dos indicadores de segurança do paciente denominado de Programa gestão à vista. Segundo as gestoras desta organização, o programa vem possibilitando implementar processos de melhoria para a segurança do paciente, conforme relatos a seguir:

[...] no programa gestão à vista [...] é realizado monitoramento interno [...] são implementadas as mudanças [...] damos feedback para a equipe [...] rodamos o PDSA [...] até definirmos boas práticas. (GE 1)

[...] temos um programa específico para a segurança do paciente que usa instrumentos [...] para coletar e mensurar dados dos processos assistenciais [...] estamos conseguimos dar [...] mais importância a lavagem das mãos [...] conseguimos [...] ter um olhar diferenciado para a segurança do paciente. (GE 3)

Diante dessas falas é possível perceber que este programa tem possibilitado monitorar indicadores de qualidade em saúde e segurança do paciente, implementar mudanças com o uso de ferramenta da qualidade, a exemplo do *Plan- Do- Study -Action* (PDSA), e dar *feedback* para a equipe até que as boas práticas sejam implementadas.

Na referida organização de saúde, o programa gestão à vista foi lançado em 2018, através Nota Técnica nº 4/2018 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com a finalidade de instituir a cultura de avaliações contínuas acerca dos resultados obtidos na prestação dos cuidados por meio do monitoramento e exposição de indicadores, de ciclos contínuos de melhorias dos processos para obtenção de resultados satisfatórios, conforme recomendam as boas práticas. A gestão do referido programa está sob a responsabilidade da UGQSP, integrante do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ).

Sendo este hospital integrante de uma rede de hospitais federais de ensino do país, participou da definição dos indicadores estratégicos por meio dos representantes de cada hospital. Foram definidos os seguintes indicadores prioritários: Taxa de mortalidade institucional; Número de *Never Events*; Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas; Densidade de Incidência de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV) em pacientes internados em UTI Adulto; Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI Adulto; Densidade de incidência infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) clínica com confirmação laboratorial em pacientes em uso de cateter venoso central, internados em UTI Adulto; Índice de quedas e Incidência de lesão por pressão.

Ademais, cabe ressaltar que os hospitais *lócus* da pesquisa vivenciaram uma experiência exitosa através da participação em um projeto voltado à redução de infecções em unidades de terapia intensiva através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), entre os anos de 2018 e 2020. Após a finalização dessa experiência, iniciou-se, em 2021, em um dos hospitais da pesquisa, a reestruturação do projeto agora intitulado de Programa Gestão à Vista, em uma das unidades de terapia intensiva que naquela época tinha sido escolhida como UTI-piloto. O aporte metodológico, bem como a experiência adquirida pela participação naquele projeto contribuiu com o delineamento de estratégias de apoio e a sustentabilidade das melhorias. Atualmente, o programa gestão à vista continua em expansão naquele hospital e a perspectiva é a de que seja implementado nas demais unidades assistenciais.

Considera-se que os instrumentos normativos ou técnico-científicos destacados nesta subcategoria servem com guia à prática assistencial segura nas organizações de saúde

estudadas, pois além de definir limites de atuação de cada categoria profissional, orientam, através das melhores práticas, a prestação de uma assistência mais segura aos pacientes e profissionais.

Também, que os instrumentos e estratégias de gestão como *kamishibai*, *rounds*, *huddle*, *kanban*, e as tecnologias utilizadas pelo programa gestão à vista, ao serem aplicados pela equipe multiprofissional das UTI, vêm possibilitando às gestoras de enfermagem e demais membros, acompanhar a adesão da equipe aos conhecimentos explícitos dos protocolos assistenciais e sua aplicação de forma mais ampla. Nota-se, ainda, que essas estratégias vêm favorecendo o compartilhamento de informações para tomada de decisão e o *feedback* entre os profissionais, tornando o ambiente profícuo para a criação e a transformação de novos conhecimentos.

#### 6.2.3.2 Subcategoria II - Monitoram a equipe na utilização de novos conhecimentos

O monitoramento da equipe na UTI é considerado um processo importante do trabalho das gestoras de enfermagem (Ferreira *et al.*, 2019). Nesse ínterim, a supervisão com vistas ao monitoramento emerge como um potente instrumento gerencial para repensar a prática, mobilizar a equipe em prol de um trabalho competente, seguro, crítico-reflexivo, criativo, que perpassa o cumprimento de normativas (Giacomini *et al.*, 2022) e exige domínio e habilidade gerencial da enfermeira.

Supervisionar a equipe de enfermagem é uma função privativa da enfermeira, profissional responsável pela gestão da equipe de enfermagem perante ao órgão regulamentador e fiscalizador do exercício profissional da categoria (Chaves *et al.*, 2017).

No entanto, cabe destacar a necessidade de ampliar esse modelo de supervisão ainda vigente, o qual se detém na observação do erro e sua correção, às vezes de forma punitiva. Tais atitudes podem contribuir para um clima organizacional hostil e pouco resolutivo (Giacomini *et al.*, 2022). Vale considerar uma nova direção, como a gestão participativa que se configura em uma tendência nas organizações de saúde (Fusari *et al.*, 2021) fundamentada na cooperação, estímulo e na construção coletiva (Chaves *et al.*, 2017).

Nessa linha, é esperado que as gestoras atuem ou acompanhem o trabalho da sua equipe sob um formato educativo e estimulador (Santos, 2017) no qual os profissionais são ouvidos, é possível esclarecer dúvidas e troca de conhecimentos. Corroborando com esse estudo, as depoentes relatam que o acompanhamento é iniciado após a realização de capacitações e/ou treinamentos com objetivo de verificar se estes foram efetivos, conforme declaram a seguir:

[...] após o treinamento [...] começo a mensurar [...] se ele conseguiu ser efetivo. (GE 2)

[...] depois das capacitações [...] faço o monitoramento para ver se está surtindo efeito o que estou fazendo. (GE 8)

Estudo indica que não é suficiente observar oportunidades de aprendizado, mas analisar os resultados observados para verificar se houve melhorias no processo de trabalho e mudanças na aplicação dos conhecimentos adquiridos pelos indivíduos envolvidos (Paranaguá *et al.*, 2016). A partir desse acompanhamento, é possível mensurar a aplicação de novos conhecimentos, previamente internalizados pela equipe, para solucionar problemas práticos do cotidiano do trabalho em UTI.

O ato de monitorar por meio do acompanhamento, possibilita um momento ímpar, pois em alguns casos, o conhecimento adquirido pode estar sendo aplicado com efetividade ou não. Assim, esse momento pode revelar às gestoras, lacunas para novas capacitações para consolidar o novo conhecimento. Nesse sentido, as participantes assim declaram quando observam dificuldades e dúvidas relatadas pelos membros:

[...] tenho que estar atenta [...] a assistência [...] para observar quais são as dificuldades [...] tenho que estar próxima dos [...] enfermeiros [...] para observar quais são as dificuldades. (GE 2)

[...] sempre acompanho [...] a assistência e peço para tirar dúvidas [...] de acordo com a aplicação do checklist vamos observando as dificuldades que estão sendo enfrentadas. (GE 7)

[...] às vezes acontece [...] uma parada cardiorrespiratória e eu fico de longe [...] observando se a equipe realmente está atuando como deveria. (GE 8)

[...] dentro da UTI [...] detectamos qual é a necessidade da equipe [...] fico de “vigia” dentro da unidade [...] todos os dias [...] é dessa maneira que monitoramos. (GE 9)

[...] no dia a dia, observamos o problema e tentamos resolvê-lo. (GE 10)

É notório, nas declarações apresentadas, que as gestoras compreendem a importância do monitoramento das práticas assistenciais da equipe de enfermagem e procuram observar as dificuldades que os profissionais apresentam no dia a dia. Acompanhar a atuação da equipe de saúde é importante, especialmente na área da enfermagem. Essas dificuldades podem comprometer a qualidade da assistência e se constituem em obstáculos ao bom desempenho da equipe, desafios operacionais até problemas relacionados ao bem-estar dos profissionais (Gomes *et al.*, 2021; Vidal; Bendlin; Dalla, 2023).

Ao lidar com as dificuldades dos colaboradores, as gestoras podem oferecer oportunidades de desenvolvimento profissional e treinamento adicional para ajudar os membros da equipe a superar desafios específicos e aprimorar suas habilidades. Isso não só beneficia os profissionais individualmente, mas também fortalece a equipe (Amaral; Oliveira, 2017), com

isso, a segurança do paciente, elemento essencial no cuidado em saúde, os serviços prestados tendem a alcançar padrões de excelência.

Para tanto, existem protocolos, indicadores e diretrizes para promoção da cultura de segurança direcionados às organizações de saúde. Esses conhecimentos explícitos devem ser aplicados e é função da gestora viabilizar e acompanhar a sua aplicação pela equipe nas práticas diárias, inclusive à beira leito, conforme a seguir:

[...] o enfermeiro líder [...] verifica se o paciente está com pulseira de identificação [...] se o paciente está com o nome correto, se a grade está elevada, se a cabeceira da cama está com a elevação correta [...] se a equipe se identificou. (GE 4)

[...] tem um dia na semana que eu verifico todos os leitos [...] conseguimos verificar os leitos diariamente[...] para validar alguns indicadores de segurança do paciente. (GE 5)

[...] eu e as enfermeiras de referência cobramos a troca dos dispositivos. (GE 6)

[...] usamos um checklist para direcionar o monitoramento dos processos para a segurança do paciente [...] o enfermeiro líder do plantão aplica o checklist para a segurança do paciente [...] diariamente. (GE 7)

[...] verificamos tudo do leito [...] se a etiqueta [...] da dieta está com o nome correto do paciente [...] se as cabeceiras estão com as grades da cama elevadas por conta do risco de queda [...] se o paciente tem risco de desenvolver lesão para [...] colocar um filme de proteção [...] se o paciente tem risco de desenvolver lesão para pedir um colchão, então tentamos dentro do possível. (GE 10)

Percebe-se que as gestoras realizam, periodicamente, visitas à beira leito guiadas por um *checklist* para acompanhar a aplicação do conhecimento explícito no processo de trabalho. Destacam que conferem a identificação correta de pacientes, a prevenção de quedas, lesão por pressão, troca de dispositivos invasivos, dentre outros. No momento que as gestoras se dirigem ao leito dos pacientes, com o intuito de verificar se a aplicação do conhecimento explícito está sendo realizada pela equipe. Nesse momento elas podem detectar fragilidades na adesão aos protocolos implantados e apoiar na mobilização de recursos que possam comprometer a segurança do paciente.

O acompanhamento que realizam, através da observação do cumprimento de protocolos à beira do leito, é uma prática comum em ambientes de saúde, no qual as gestoras observam diretamente se a equipe está aplicando o conhecimento explícito dos protocolos e procedimentos clínicos durante a interação com os pacientes. Isso inclui observar a adesão do protocolo de higienização das mãos, uso de equipamentos de proteção individual, administração de medicamentos, entre outros procedimentos (Toti *et al.*, 2020).

Tais ações, realizadas pelas gestoras, fazem parte do gerenciamento de riscos, que se refere às “atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere a riscos” (ABNT, 2018, p. 7). Ele envolve a identificação, análise, avaliação e mitigação de



potenciais ameaças à saúde dos pacientes, bem como aos processos e sistemas de saúde. Por meio de estratégias proativas e medidas preventivas, o gerenciamento de riscos na saúde busca minimizar incidentes adversos e promover um ambiente seguro e confiável para a prestação de cuidados em saúde (Oliveira; Boere; Silva, 2022).

Diante do exposto entende-se que monitorar a aplicação do conhecimento através de *checklists* e protocolos é essencial, pois esses instrumentos norteiam os procedimentos a serem executados corretamente (Sotana *et al.*, 2023). Tais práticas possibilitam maior adesão à aplicação dos conhecimentos normativos e explícitos pela equipe das unidades de terapia intensiva, de forma que as necessidades dos pacientes sejam atendidas com segurança.

Nessas unidades críticas, o conhecimento para promover a segurança do paciente é aplicado no dia a dia, ou seja, durante a prática profissional tanto pelas gestoras de enfermagem, como pelos membros da equipe de saúde, observados nos relatos das depoentes:

[...] ele é aplicado [...] na auditoria interna dos processos. (GE 1)

[...] a solicitação da equipe é muito mais para área assistencial e assistência paciente crítico mesmo, eles querem saber mesmo como lidar com esse paciente crítico, preparo e manipulação de drogas, reanimação. (GE 3)

[...] por exemplo, se tiver uma exteriorização de algum cateter, verificamos como está no nosso protocolo a fixação, a troca do curativo, a questão da segurança, da manutenção [...] revisamos o protocolo e vemos [...] onde foi que houve falha para ter ocorrido aquele incidente [...] muitas vezes, sem dano, porque conseguimos fazer um monitoramento diariamente com uma enfermeira de referência onde ela valida alguns indicadores de segurança. Eles fazem uma ronda. (GE 5)

[...] avaliamos o tipo, notificação, pulseira de identificação, data de dispositivo. (GE 6)

Depreende-se nas falas acima, que o conhecimento é aplicado pelos profissionais em diversos momentos do cotidiano do trabalho, para solucionar problemas, tomar decisões ou mesmo alcançar objetivos específicos relacionados com o próprio saber fazer, de maneira significativa.

Segundo Nonaka e Takeuchi (2008), a aplicação do conhecimento dentro de uma organização pode levar a criação de novo conhecimento, a partir da socialização do que foi internalizado. Esse movimento contínuo de criação e compartilhamento do conhecimento é que define a espiral conhecida no processo de criação do conhecimento (Ruoff *et al.*, 2016).

#### 6.2.3.3 Subcategoria III - Compartilham conhecimento nas práticas assistenciais

Conhecimentos obtidos pelas gestoras sobre a segurança do paciente devem ser compartilhados com a finalidade de minimizar os erros durante a prestação dos cuidados em UTI, e melhorar processos. O compartilhamento do conhecimento é o processo pelo qual informações, habilidades e experiências são trocadas entre indivíduos, equipes ou organizações. Esse processo pode ocorrer formalmente, através de documentos, relatórios, reuniões e treinamentos, ou de maneira informal, através de conversas, observações e interações cotidianas (Aguar Filho; Nassif, 2016).

Através da difusão de informações atualizadas e confiáveis é possível capacitar os profissionais de saúde e garantir que estejam alinhados com as melhores práticas (Teixeira; Teixeira; Matos, 2023). Além disso, a criação de uma cultura organizacional que valorize a transparência e a comunicação aberta facilita o intercâmbio de informações entre os membros da equipe, promovendo um ambiente onde a segurança do paciente é uma prioridade constante.

Nessa perspectiva, compartilhar dados, como as metas atingidas, pode favorecer a avaliação dos resultados pelos membros da equipe. Nesse sentido, gestora refere que compartilha com a equipe o alcance das metas de segurança do paciente, conforme na fala a seguir:

[...] reunimos a equipe e mostramos [...] como está indo em relação às metas de segurança do paciente. (GE 10)

Estudo demonstrou que os participantes sentem a necessidade de uma gestão compartilhada para modificar uma realidade vigente (Koerich; Erdmann; Lanzoni, 2020). Compartilhar dados referentes à segurança do paciente com a equipe, não só melhoram a competência individual, mas também fortalecem o trabalho em equipe, reduzindo erros e aumentando a qualidade do cuidado prestado (Santos; Ribeiro, 2023).

Apesar das dificuldades que podem surgir no processo de trabalho em UTI, é necessário que o conhecimento adquirido possa ser aplicado e compartilhado. Nesse ínterim, essas duas fases de aplicação e compartilhamento propostos pela gestão do conhecimento estão interligadas, pois ao aplicar o conhecimento na assistência, a equipe percebe a implementação de uma nova ação, que pode gerar interesse e ser reproduzida, favorecendo o compartilhamento do conhecimento (Mesquita; Santos; Raposo, 2021).

Neste estudo, as gestoras referem que contam com o apoio dos membros da equipe para que os conhecimentos explícitos, encontrados nos protocolos, sejam compartilhados entre os demais profissionais no ambiente de cuidado das unidades de intensivas, conforme declaram:

[...] nos apoiamos na equipe assistencial para compartilhar o protocolo. (GE 1)

[...] deixo-os à vontade para compartilhar o saber. (GE 8)

Depreende-se, nos relatos das gestoras, que não há barreiras para a transferência de conhecimento no serviço, pelo contrário, as gestoras estimulam o compartilhamento de conhecimento, o que pode contribuir para a troca de ideias e autonomia para que os profissionais possam se expressar e criar novos projetos que possibilitem a melhoria na assistência de enfermagem.

Segundo Rocha e Emydio (2018) a criação de ambientes propícios ao compartilhamento de experiências e práticas, possibilita o uso estratégico da informação e do conhecimento. Esse modo de atuação das gestoras favorece um ambiente colaborativo e aberto, onde os membros da equipe se sentem encorajados a contribuir com suas experiências e conhecimentos, o que pode estimular o aprendizado e a inovação.

Ao promover uma cultura de comunicação e aprendizagem contínua, as gestoras facilitam o intercâmbio de informações, permitindo que novas práticas baseadas em evidências sejam rapidamente adotadas e disseminadas entre todos. Isso não apenas fortalece a competência individual dos profissionais, mas também melhora a coesão e a eficiência do trabalho em equipe, estimulando que o conhecimento crítico seja compartilhado de forma consistente e eficaz em toda a organização (Silva *et al.*, 2021).

Normalmente as gestoras possuem um senso elevado de responsabilidade, especialmente em relação à segurança do paciente, e não ignoram os problemas existentes (Brás *et al.*, 2023) nas unidades que coordenam. Nessa perspectiva, neste estudo, as gestoras referem que necessitam compartilhar seus saberes, conforme relatos nas falas:

[...] preciso compartilhar [...] o que eu sei. (GE 5)

[...] precisamos passar o nosso saber. (GE 8)

Compartilhar o que se sabe é uma das atividades inerentes à condição humana (Rocha; Emydio, 2018). Depreende-se, no estudo, o compromisso que as gestoras possuem com o compartilhamento do conhecimento. Tal atitude pode fazer parte de uma cultura organizacional. Estudo corrobora ao citar que uma das ações centrais da gestão do conhecimento é o incentivo ao desenvolvimento de um ambiente capacitante, no qual gerentes e colaboradores sentem-se à vontade e ao mesmo tempo são incentivados ao compartilhamento (Massoni; Borges, 2022).

Outro estudo destaca que a enfermeira que ocupa a função de gestão deve saber disseminar e compartilhar o conhecimento tácito e explícito com outros integrantes da equipe de enfermagem, bem como aos demais profissionais de saúde, contribuindo para a tomada de decisão nos cuidados, e isso irá refletir diretamente na qualidade da assistência prestada (Ruoff *et al.*, 2016). Ademais, o compartilhamento de experiências vividas pelas gestoras pode

contribuir com o desenvolvimento de novas lideranças de enfermagem, pois tais saberes representam o conhecimento tácito, que produz inovações no serviço.

Ao compartilhar conhecimentos, essas profissionais promovem um ambiente que valoriza a aprendizagem contínua da equipe a partir dos incidentes e EA, e isso tem repercutido positivamente, na percepção das depoentes, na melhoria da cultura de segurança, como observa-se nas falas:

[...] tem três anos e meio sem quedas na unidade [...] isso é mérito da equipe [...] há cinco meses estamos com infecção de corrente sanguínea zerada [...] tudo isso é reflexo de uma equipe bem treinada. (GE 02)

[...] aprendemos muito com as nossas falhas. (GE 5)

[...] acredito [...] que a unidade está progredindo em relação à segurança do paciente [...] a cultura interna vem crescendo [...] nos profissionais. (GE10)

Assim, ao assumir um papel ativo na educação e no compartilhamento de conhecimento, as gestoras fortalecem a competência da equipe e contribuem para a excelência nos cuidados de saúde e na segurança do paciente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos objetivos propostos, o estudo revelou que as enfermeiras gestoras de UTI coordenam a aplicação do conhecimento para a segurança do paciente quando: Valorizam os aspectos pessoal, profissional e o trabalho em equipe; Promovem o acolhimento e o comprometimento dos profissionais; Identificam as necessidades de capacitação individual e coletiva da equipe; Utilizam estratégias pedagógicas diversificadas para capacitar os profissionais e se auto capacitar; Utilizam instrumentos normativos e técnico-científicos na prática assistencial; Monitoram a equipe na utilização de novos conhecimentos; e Compartilham conhecimento nas práticas assistenciais.

Destacou-se nessa pesquisa a importância das gestoras de enfermagem que relataram aplicar o conhecimento no cotidiano do trabalho, juntamente com suas equipes, para solucionar problemas, tomar decisões ou mesmo alcançar objetivos específicos relacionados com o próprio saber fazer, de maneira significativa.

Em relação às categorias, observou-se maior fragilidade na categoria da sensibilização, em virtude da adoção dessa estratégia pelas gestoras de enfermagem não ocorrer de modo uniforme nas duas organizações estudadas. Enquanto que no Hospital 1 essa estratégia mostrou-se incipiente, no Hospital 2 as gestoras referiram valorizar os aspectos pessoais e profissionais, além de acolher a equipe, o que têm despertado a motivação intrínseca, o engajamento e o estímulo nesses profissionais para que eles desenvolvam seu potencial através de uma abordagem colaborativa e proativa em relação à prática assistencial. Nesse sentido, evidenciou-se a necessidade de capacitar as gestoras do Hospital 1 em temáticas que promovam o engajamento e o trabalho em equipe e, assim, potencializar a aprendizagem e o surgimento de inovações nesta organização.

Adicionalmente, as gestoras referiram que valorizam o lado humano das pessoas e têm uma atitude atenciosa, e isso tem contribuído para um maior envolvimento e preocupação dos profissionais em cumprirem os protocolos de segurança do paciente. Uma atitude acolhedora, empática pode aumentar a confiança da equipe e fortalecer vínculos para o desenvolvimento da sua autonomia.

As participantes do estudo referiram que utilizam recursos para impulsionar a aplicação do conhecimento nas unidades críticas que coordenam, por meio de capacitação contínua de suas equipes. Para tanto, utilizam o conhecimento tácito, advindo de suas vivências e experiências profissionais, para identificar as necessidades individuais ou coletiva de capacitação a partir da observação das dificuldades e dúvidas referidas pela equipe e nas

ocorrências de falhas ou de EA. Para isso, usam estratégias pedagógicas diversificadas nas práticas de ensino como forma de aprimorar o conhecimento tácito da equipe nos campos da terapia intensiva e da segurança do paciente.

Nessas capacitações, as gestoras ressaltaram que procuram dar voz a linha de frente para captar as ideias inovadoras; agir *in time*, ou seja, tão logo tenham ocorrido incidentes ou EA; *in loco*, possibilitando maior participação dos trabalhadores, aproximação da teoria com prática e o desenvolvimento de habilidades técnicas para transformar a realidade utilizando a roda de conversa para promover o diálogo respeitoso, a reflexão e a comunicação aberta. Desse modo, a adoção de tais elementos visa estimular a participação da equipe, oportunizar o surgimento de um novo conhecimento, além de estimular o compartilhamento de experiências.

Outro aspecto que merece destaque é que as gestoras contam com o apoio dos profissionais do NSP, do Controle de infecção hospitalar, da Educação Permanente para auxiliarem nas intervenções educativas com a sua equipe. Tal recurso é importante, pois neste estudo observou-se que 40% das gestoras não receberam cursos de qualificação para atuarem na área de gestão e isso pode comprometer o desempenho frente à equipe na aplicação do conhecimento na segurança do paciente.

Para que a equipe possa utilizar todo o seu potencial na prática assistencial, as gestoras referiram que adquirem conhecimento nas capacitações extraorganizacionais e procuram aplicá-lo na sua unidade. Referiram preocupação quando os profissionais não conseguem aplicar, no cotidiano do trabalho, o conhecimento adquirido nas capacitações. Nessa perspectiva, o comprometimento e a responsabilidade das gestoras em promover o ensino no serviço, bem como se manterem atualizadas, podem fortalecer seu papel de líder com autoridade e confiança, sempre na perspectiva de alinhar os processos operacionais aos padrões de qualidade e segurança.

Quanto a viabilizar as condições para que a aplicação do conhecimento ocorra na prática assistencial, as gestoras referiram que disponibilizam: à equipe, instrumentos como regimentos e normas do Conselho Regional de Enfermagem (Coren), procedimentos/rotinas e protocolos, além de ferramentas gerenciais. Segundo as enfermeiras, os protocolos têm sido úteis à compreensão dos fatores contribuintes nos EA. Adicionalmente, ferramentas gerenciais como *bundle*, *huddle*, *kamishibai* e *kanban*, têm auxiliado a equipe na aplicação de práticas baseadas em evidências e no compartilhamento das informações para a tomada de decisões. Evidenciou-se, em uma das organizações de saúde integrantes deste estudo, a implementação do Programa gestão à vista como importante instrumento para redução de indicadores de infecções e desenvolvimento de ciclos de melhoria.

Outra estratégia que as gestoras referiram que adotam é o monitoramento da adesão da equipe às boas práticas durante a prestação de cuidados. Para isso, elas acompanham o desempenho dos profissionais em visitas à beira leito, guiadas por um *checklist* e observam as dificuldades e dúvidas. Relataram que o monitoramento era um momento ímpar para detectar oportunidades de melhoria e fragilidades na adesão da equipe aos protocolos.

Evidenciou-se ainda no estudo, que as gestoras procuram estimular o compartilhamento de conhecimento entre os membros da equipe. Esse modo de agir pode contribuir para a troca de ideias e autonomia dos profissionais, pois ao se sentirem à vontade para se expressar, os profissionais podem verbalizar um conhecimento novo ou ideias de projetos. Destacou-se ainda que as enfermeiras se sentiam responsáveis em compartilhar o seu saber com a equipe, estimulando a aprendizagem.

É notório neste estudo que as gestoras de enfermagem em UTI agem em conformidade com o que preconiza a literatura, porém não foi evidenciada a intencionalidade e nem a percepção de que são estratégias pertinentes a um processo de gestão do conhecimento organizacional. Recomenda-se, portanto, às gestoras, maior entendimento sobre a importância de conduzir a equipe para transformar o conhecimento individual em ação coletiva utilizando o planejamento estratégico a ser aplicado sistematicamente e em toda a organização, para promoção da segurança do paciente, melhorias no desenvolvimento dos serviços, crescimento profissional e organizacional.

As contribuições deste estudo se destacam ao explicitar as estratégias gerenciais de enfermeiras para coordenar a aplicação do conhecimento no serviço e para preencher a lacuna da produção desse conhecimento na área. As experiências apresentadas podem servir de reflexão e de referências para outras realidades. Espera-se que este estudo também contribua para o entendimento e reflexão de como a atuação de enfermeiras gestoras pode melhorar o desempenho de profissionais, promover a inovação e a qualidade da assistência de Enfermagem, através do gerenciamento da aplicação de novos conhecimentos na promoção da segurança do paciente

Reforça-se que a motivação para aprender, a confiança e cooperação entre profissionais, a cultura de partilha de conhecimento, as atitudes competentes da gestora na condução da equipe, são determinantes para a aplicação do conhecimento e para a aprendizagem organizacional.

O estudo não esgota o tema e merece novas pesquisas, haja vista a importância da temática da segurança do paciente e a magnitude dos EA nos hospitais. Acrescenta-se a isso, a necessidade de aprofundamento do estudo sobre os desafios das gestoras no processo de

aplicação que envolve o apoio da alta gestão, a sobrecarga de trabalho e as questões estruturais (físicas e de recursos materiais e humanos). Deste modo, sugerimos que as organizações de saúde estudadas invistam na formação das gestoras a fim de que elas utilizem todos os processos de gestão do conhecimento com vistas a produzir inovações e consolidar a cultura organizacional para a segurança do paciente.

Embora os objetivos da pesquisa tenham sido alcançados, seu resultado apresenta a realidade de forma parcial, na perspectiva de apenas dois hospitais públicos. A vivência das gestoras de organizações privadas poderia agregar outras contribuições, ampliar a representatividade do estudo, e este é um fator que pode disparar a realização de novas pesquisas a fim de se obter um resultado mais próximo da realidade.



## REFERÊNCIAS

ABIMBOLA, S. The uses of knowledge in global health. **BMJ Global Health**. v. 6, n. 4, p. e005802, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005802>

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR ISO 31.000: Gestão de Riscos-Diretrizes**. 2018. Disponível em: [https://dintegcgc.in.saude.gov.br/attachments/download/23/2018%20-%20Diretrizes%20-%20Gest%C3%A3o%20de%20Riscos\\_ABNT%20NBR%20ISO%2031000.pdf](https://dintegcgc.in.saude.gov.br/attachments/download/23/2018%20-%20Diretrizes%20-%20Gest%C3%A3o%20de%20Riscos_ABNT%20NBR%20ISO%2031000.pdf)

ABUOSI, A.A; *et al.* Safety culture and adverse event reporting in Ghanaian healthcare facilities: Implications for patient safety. **Plos one**. v. 17, n. 10, p. e0275606, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275606>

AGUIAR FILHO, A.S; NASSIF, M.E. O papel dos grupos de apoio e o compartilhamento da informação e do conhecimento nas avaliações das instituições de ensino superior privadas. **Perspectivas em Ciência da Informação**. v. 21, p. 182-203, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/2822>

AGUIAR, L.M.M; *et al.* Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 33, n. 4, p. 624–634, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210088>

ALMEIDA, J.F.V.R; MELLO, J. A prática do serviço de referência em uma biblioteca universitária a luz da teoria de criação do conhecimento organizacional de Nonaka e Takeuchi. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**. v. 14, n. 1, p. 84-108, 2018. Disponível em: <https://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/561>

ALVES, M.A.S; MACIEL, E.R.H. O fenômeno das fake news: definição, combate e contexto. **Internet & sociedade**, 2020. Disponível em: <https://revista.internetlab.org.br/o-fenomeno-das-fake-news-definicao-combate-e-contexto/>

ALVES, M.F.T; CARVALHO, D.S; ALBUQUERQUE, G.S.C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciênc saúde coletiva**. v. 24, p. 2895-2908, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>

AMARAL, R.C.G; OLIVEIRA, L.B. Os desafios da primeira gestão: uma pesquisa com jovens gestores. **Revista de Administração Contemporânea**. v. 21, n. 3, p. 373-392, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2017160076>.

AMESTOY, S.C. Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro-líder na linha de frente contra o novo Coronavírus. **Journal of Nursing and Health**. v. 10, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18993>

ARAÚJO, M.A.N; *et al.* Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enferm. Foco**. v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/984/362>

- ASEM, N; SABRY, H.A; ELFAR, E. Patient safety: knowledge, influence and attitude among physicians: an exploratory study. **Journal of the Egyptian Public Health Association**. v. 94, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0022-9>
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2021.
- BATES, D.W; *et al.* The safety of inpatient health care. **New England Journal of Medicine**. v. 388, n. 2, p. 142-153, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmsa2206117>
- BEST, M; NEUHAUSER, D; SLAVIN, L. Heroes and martyrs of quality and tafeté. **Ignaz Semmelweis and the birth of infection control Qual Saf Health Care**. v. 13, p. 233-234, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/qhc.13.3.233>
- BEZERRA, J.M; FONSECA, I.A.C. Unidade de terapia intensiva adulto: percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente grave. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. n. 31, p. e1060-e1060, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1060.2019>
- BIRD, L; KALIS, V; APODIMAS, L. Nurse-Led Rounds in the Pediatric Intensive Care Unit. **Critical Care Nursing Clinics of North America**. v. 35, n. 3, p: 327-336, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899588523000576?via%3Dihub>
- BOLL, B; *et al.* Interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation im Team. **Med Klin Intensivmed Notfmed**. v. 117, p: 588-594, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00955-z>
- 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. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/NSS.S327365>.
- BRÁS, C.P.C; *et al.* Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros. **Rev Latino-Am Enferm**. v. 31, p. e3838-e3838, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3838>
- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, janeiro a dezembro de 2022. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-atuais-de-eventos-adversos-dos-estados/brasil>
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 573** de 31 de janeiro de 2018. Aprova o Parecer Técnico nº 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2018/resolucao-no-573.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/11/2001**. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 285, de 24 de março de 2015**. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285\\_24\\_03\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html)

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

BUENO, A.A.B; FASSARELLA, C.S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de cuidados em Saúde**, v. 6, n. 1, 2012. Disponível em: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/rcs/article/view/1573/843>

CABRAL, K.B; *et al.* Participação da enfermagem hospitalar em ações de educação permanente em saúde durante a pandemia da COVID-19. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**. v. 16, n. 12, p. 31062-31075, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-120>

CAMPOS, K.F.C; *et al.* Educação permanente na formação de gestores: desenvolvimento de referências técnicas municipais. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 19, p. 27-34, 2022. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/7449/3657>

CARAM, C.S; *et al.* Moral suffering in health professionals: portrait of the work environment in times of COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 74, p. e20200653, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0653>

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>

CARDOSO, L.S.P; SILVA, A.A; JARDIM, M.J.A. Atuação do núcleo de segurança do Paciente no enfrentamento da covid-19 em uma unidade hospitalar. **Enferm. Foco**. v.11, n.1, p: 217-221, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3782>

CARVALHO, L.A.C; *et al.* Implementação da metodologia Safety Huddle em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Sínteses: **Revista Eletrônica do SimTec**. n. 8, Eixo 1, p. e0220904, 2023. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/18059>

CASTRO, L; *et al.* Processos de capacitação de gestores e profissionais na implementação da estratégia e-sus atenção primária. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 37, 2023. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18471/rbe.v37.49010>

CAVALCANTI, B.V. **Gestão do conhecimento como recurso estratégico em gestão de pessoas: uma revisão integrativa**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Federal do Ceará. 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/42724>

CECÍLIO, L.C.O; *et al.* Enfermeiros na operacionalização do Kanban: novos sentidos para a prática profissional em contexto hospitalar. **Ciênc saúde coletiva**. v. 25, p. 283-292, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28362019>

CERDEIRA, A.K.L.A; *et al.* Metodologia kanban como estratégia na gestão de leitos no hospital universitário professor edgard santos hupes. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**. p. 17-17, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18816/rbits.vi0.18463>

CHAVES, A.S.C; *et al.* Práticas e saberes dos cuidadores de idosos com alzheimer: a invisibilidade do enfermeiro. **Revista Uniabeu**. v. 12, n. 30, p. 400-421, 2019. Disponível em: [https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/UNIABEU-1\\_41bcb18d449b997ad76ac2a56da026ff](https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/UNIABEU-1_41bcb18d449b997ad76ac2a56da026ff)

CHAVES, L.D.P; *et al.* Reflexões acerca do exercício da supervisão de enfermagem no enfrentamento da COVID-19. **Cuid Enferm**, p. 10-17, 2020. Disponível em: <https://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v1/p.10-17.pdf>

CHAVES, L.D.P; *et al.* Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Rev Bras Enferm**. v. 70, p. 1106-1111, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>

CICONE, P.A; *et al.* Gestão do conhecimento em organizações de saúde: revisão sistemática de literatura. **Saúde e Pesquisa**. v. 8, n. 2, p. 379-388, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2015v8n2p379-388>

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 564/2017**. Aprova o novo código de ética dos profissionais de Enfermagem. 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)

COGO, A.L.P; *et al.* Construção e desenvolvimento de cenários de simulação realística sobre a administração segura de medicamentos. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 40, n. esp, p. e20180175, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/19831447.2019.20180175>.

COIFMAN, A.H.M; *et al.* Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. **Rev Esc Enferm USP**. v. 55, p. e03781, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020047303781>

COSTA, A.F; *et al.* Supervisão de enfermagem enquanto instrumento de segurança do paciente e continuidade do cuidado noturno. In: SANTOS, I.R.A; SILVA, D.S; LIMA, A.B. **Gestão, assistência e ensino no Hospital Geral Roberto Santos: estratégias de enfermagem para a promoção da qualidade e segurança do paciente**. Curitiba: **CRV**. v. 3, 2023.

COSTA, E.A.M; *et al.* Segurança do paciente em serviços de saúde: uma análise na cidade de Salvador, Bahia. **Rev. SOBeCC.** v. 25, n. 1, p. 17-24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000010004>

COSTA, J.M; ROSA, S.O. Gestão empresarial aplicada a empresas de tecnologia. **Humanidade e Inovação.** v. 7, n. 17, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/4182>

COUTO, R.C; *et al.* II Anuário da segurança assistencial hospitalar no brasil- Propondo as Prioridades Nacionais. **Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS).** 2018. Disponível em: [https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/Anuario2018\\_0.pdf](https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/Anuario2018_0.pdf)

CRUZ, S.G; FERREIRA, M.M.F. Knowledge management in Portuguese healthcare institutions. **Rev Bras Enferm.** v. 69, p. 492-499, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690311i>

CUNHA, D.C; *et al.* A percepção da equipe de enfermagem sobre a importância da segurança do paciente em um hospital público do Norte. **Nursing (São Paulo).** v. 23, n. 260, p. 3511-3514, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i260p3511-3514>

DANNO, C.H; ESTEVES, L.S.F; BOHOMOL, E. Programas de melhoria de qualidade e o ambiente de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.** v. 74, p. e20200108, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0108>

DAVILA, G.A; *et al.* O ciclo de gestão do conhecimento na prática: um estudo nos núcleos empresariais catarinenses. **Int. J. Knowl. Eng. Manage.** v. 3, n. 7, p. 43-64, 2015. Disponível em: <http://www.labmidiaeconhecimento.ufsc.br/files/2014/11/spanhol.pdf>

DIZ, A.B.M; LUCAS, P.R.M.B. Segurança do paciente em hospital-serviço de urgência-uma revisão sistemática. **Ciênc saúde coletiva.** v. 27, p. 1803-1812, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.22742021>

DOMINGUES, T.A.M; CHAVES, E.C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP.** v. 39, p. 580-588, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000500011>

DUARTE, S.C.M; *et al.* Boas Práticas de segurança nos cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras Enferm.** v. 73, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0482>

DUARTE, S.C.M; *et al.* Segurança do paciente: Compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP.** v. 52, p. e03406, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>  
em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03221>

FADAIE, N; LAKBALA, P; GHANBARNEJAD, A. Impact of knowledge management on job satisfaction and organizational performance among healthcare employees: A structural equation modeling approach. **Health Science Reports.** v. 6, n. 9, p. e1560, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hsr2.1560>FARIAS, W.S;

VASCONCELOS, R.C.S. Aplicação de sistemas de gerenciamento de conhecimento na educação. **Revista Sinergia**. v. 20, n. 2, 2019. Disponível em: <https://ojs.ifsp.edu.br/index.php/sinergia/article/view/666/474>

FERNANDES, G.P; *et al.* A implementação do Daily Huddle no pronto-socorro de um hospital público: relato de experiência. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.** v. 11, n. 2, p. e6773, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v11i2.6773>

FERNANDEZ, M; *et al.* Metodologia de pesquisa: os mundos qualitativo e quantitativo das coisas na saúde. Curitiba: **CRV**. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24824/978652515427.5>

FERRAZ, E.M; *et al.* A interdisciplinaridade na construção da Educação Permanente em Saúde com equipes gestoras. **Saúde em Debate**. v. 46, p. 217-227, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E619>

FERREIRA, J; *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. **Avances en Enfermería**. v. 39, n. 1, p. 63-73, 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85939>

FERREIRA, V.H.S; *et al.* Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>

FERREIRA, V.H.S; *et al.* Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista gaúcha de enfermagem**. v. 40, p. e20180291, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>

FIGUEIREDO, E.B.L; *et al.* Educação permanente em saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**. v. 46, n. 135, p. 1164–1173, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Artmed editora. 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Editora Paz e Terra. 2019.

FURINI, A.C.A; NUNES, A.A; DALLORA, M.E.L.V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>

FUSARI, M.E.K; *et al.* Melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão do risco hospitalar: estudo de caso. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200194>

GIACOMINI, M.A; *et al.* Supervisão de enfermagem: instrumento gerencial de qualificação da equipe e do cuidado. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 12, p. e28-e28, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769266559>

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas. 2021

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Editora Record. 2011. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3899002/mod\\_resource/content/1/A-Arte-de-Pesquisar-Mirian-Goldenberg.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3899002/mod_resource/content/1/A-Arte-de-Pesquisar-Mirian-Goldenberg.pdf)

GOMES, A.S; DINIZ, S.O.S; TONINI, T. Modelos assistenciais em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev Pró-UniversUS**. v. 14, n. 2, p: 76-83, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v14i2.3553>

GOMES, R; *et al.* Liderança em enfermagem hospitalar: Percepção de enfermeiros gestores. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 9, p. e35410917890-e35410917890, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17890>

GOMES, V.C.L; GOMES, V.S; OLIVEIRA, N.A. Medicina intensiva – UTI: Vivência, procedimentos e tecnologias. **Braz. J. Hea. Rev.** v. 6, n. 2, p. 7969-7981, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n2-281>

GONZALEZ, R.V.D; MARTINS, M.F. O Processo de Gestão do Conhecimento: uma pesquisa teórico-conceitual. **Gestão & Produção**. v. 24, p. 248-265, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-530X0893-15>

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**. v. 24, n. 6, p. 524–33, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.10.002>

GUZINSKI, C; *et al.* Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 40, n. spe, p. e20180353, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>.

HADDAD, V.C.N; SANTOS, T.C.F. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962-1968). **Esc Anna Nery**. v. 15, p. 755-761, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400014>

HANG, A.T; *et al.* Desafios à segurança do paciente na terapia intensiva: uma teoria fundamentada. **Acta Paul Enferm**. v. 36, p. eAPE03221, 2023. Disponível

HILTON, K; ANDERSON, A. Framework da Psicologia da Mudança do IHI para avançar e manter os esforços de melhoria. Livro branco do IHI. Boston, Massachusetts: **Institute for Healthcare Improvement**. 2018. Disponível em: [https://www.ihl.org/sites/default/files/Framework\\_da\\_Psicologia\\_da\\_Mudan%80%A1a\\_do\\_IHI\\_PORTUGUESE.pdf](https://www.ihl.org/sites/default/files/Framework_da_Psicologia_da_Mudan%80%A1a_do_IHI_PORTUGUESE.pdf)

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/pdf/ics/v29n3/a06\\_1257.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/ics/v29n3/a06_1257.pdf)

HUANGFU, Y; *et al.* Research on the risk transmission mechanism of international construction projects based on complex network. **PLoS One**. v. 18, n. 8, p. e0285497, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285497>

JACQUES, É; GONÇALO, C.R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **INMR-Innovation & Management Review**. v. 4, n. 1, p. 106-124, 2007. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rai/article/view/79075/83147>

JORGE, C.F.B; FALÉCO, L.L. A aplicação da gestão do conhecimento como estratégia de competitividade organizacional. **Brazilian Journal of Information Science**. v. 10, n. 3, p. 69-75, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5754544>

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. Editora Actínia. 1994.

KOERICH, C; ERDMANN, A.L; LANZONI, G. M.M. Interação profissional na gestão da tríade: educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade. **Rev Latino-Am Enferm**. v. 28, p. e3379, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>

KOHN L.T; CORRIGAN, J.M; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press. 2000.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Metodologia científica**. Editora Atlas. 2022.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG. v. 340, p. 1990, 1999.

LEMOS, G.C; *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2600>

LIMA, A.M; CAVALCANTI, M.P.S.R. A importância do uso das estratégias diversificadas: contribuição e eficácia quando utilizadas no ensino de ciências biológicas. **Scientia Naturalis**. v. 2, n. 1, p. 312-319, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/SciNat/article/view/3595/2161>

LIMA, D.C.J; *et al.* Estratégias educativas para prevenção de incidentes em unidades intensivas. **Enfermería global**. v. 22, n. 1, p. 535-588, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.517971>

LIMA, V.V; RIBEIRO, E.C.O. Abordagem dialógica de competência: pressupostos e percurso metodológico para a construção de perfis na área da saúde. **Interface**. v. 26, p. e210737, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0062>

LOPES, O.C.A; *et al.* Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**. v. 24, n. 2, p. e20190145, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>

MARAN, E; *et al.* Round multiprofissional com checklist: associação com a melhoria na segurança do paciente em terapia intensiva. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 43, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.202100348.pt>



MARQUES, H.R; *et al.* Inovação no ensino: uma revisão sistemática das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. **Avaliação (Campinas)**. v. 26, n. 3, p: 718–41, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772021000300005>

MASSAROLI, A; *et al.* Estratégia educativas na promoção da comunicação segura: relato de experiência. **Ciênc. cuid. saúde**. v. 20, e50596, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v20i0.50596>

MASSONI, L.F.H; BORGES, J. Aplicação de estratégias de gestão do conhecimento em grupos de pesquisa: a experiência do INFOCOM/UFRGS. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**. v. 12, n. 3, p. 239-252, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/255636>

MAZIERO, E.C.S; *et al.* Associação entre condições de trabalho da enfermagem e ocorrência de eventos adversos em Unidades Intensivas neopediátricas. **Rev Esc Enferm USP**. v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019017203623>

MESQUITA, A; SANTOS, D; RAPOSO, V. A gestão do conhecimento em contexto hospitalar: uma scoping review. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**. v. 4, n. 2, p. 99–110, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.172>

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**Petrópolis, RJ: **Vozes**. 2021.

MINAYO, M.C.S; COSTA, A.P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**. v. 40, n. 40, p. 139-153, 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>

MIRA, J.J. Sem profissionais de saúde engajados não há futuro para segurança do paciente. **Acta Paul Enferm**. v. 32, n. 5, p. 3–5, set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900065>.

MORITZ, A.C; *et al.* Reflexões acerca da instrumentalização do trabalho de enfermagem por meio dos protocolos de padronização do cuidado. **REAS**. v. 23, n. 4, p. e12426, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12426.2023>

MOURA, D.L. **Pesquisa qualitativa: um guia prático para pesquisadores iniciantes**. Curitiba: **CRV**. 2021.

MULIAWAN, M; NOFIERNI, S.D. The Effect of Nurse’s Knowledge About Patient Safety, Workload and Work Motivation on Nurse Compliance in Implementation of Patient Fall Prevention in The Infant Room of Hospital X Jakarta. **Journal of Hospital Management ISSN (Print)**. v. 2615, p. 8337, 2022. Disponível em: <https://ejurnal.esaunggul.ac.id/index.php/johm/article/view/5366/3461>

NASCIMENTO, J.C.M; GRAVENA, A.A.F; MACHINSKI JUNIOR, M. Acreditação hospitalar como ferramenta para a gestão da qualidade no brasil: características, avanços e desafios. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 17, n. 4, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v17i4.6347>

NASCIMENTO, J.C; DRAGANOV, P.B. História da qualidade em segurança do paciente. **Hist. Enferm. Rev. eletrônica**. v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015. Disponível em: [https://here.abennacional.org.br/here/seguranca\\_do\\_paciente.pdf](https://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf)

NGUSIE, H.S; *et al.* Health data management practice and associated factors among health professionals working at public health facilities in resource limited settings. **Advances in Medical Education and Practice**. v. 12, p. 855, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/amep.s320769>

NGXONGO, T.S; MASONDO, J.N.M; (2022). Nurse managers' experiences regarding the use of key performance indicators in developing work plans. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**. v. 14, n. 1, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3556>

NONAKA, I; TAKEUCHI, H. Teoria da Criação do Conhecimento Organizacional. *In:* TAKEUCHI, H; NONAKA, I. **Gestão do conhecimento**. p. 54-90. Porto Alegre: **Bookman**. 2008.

OLIVEIRA, A.F; GOMES, D; COSTA, M.A. Influências na notificação de incidentes em ambiente hospitalar: uma análise dos principais fatores. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**. v. 9, n. 4, p. 24-47, 2023. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(4\).615.24-47](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(4).615.24-47)

OLIVEIRA, J.A; *et al.* Educação permanente em enfermagem no centro de tratamento intensivo. **Rev. enferm. UFPE on line**. p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244644>

OLIVEIRA, L.G.F; BOERE, V; SILVA, I.O. Eventos adversos em unidades de saúde do estado da Bahia, antes e durante a COVID-19. **Revista Recien**. v. 12, n. 37, p. 206-210, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.206-210>

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos**. 2008. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/GuiadeImplementaoestrategiamultimodaldemelhoriadaHM\\_LogosAtualizadas.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/GuiadeImplementaoestrategiamultimodaldemelhoriadaHM_LogosAtualizadas.pdf)

OUCHI, J.D; *et al.* O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Rev Saúde em Foco**. v. 10, p. 412-428, 2018. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054\\_O\\_PAPEL\\_DO\\_ENFERMEIRO\\_NA\\_UNIDADE\\_DE\\_TERAPIA\\_INTENSIVA.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf)

PANAGIOTI, M; *et al.* Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. **BMJ**. v. 366, p. 14185, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.14185>

PARANAGUÁ, T.T.B; *et al.* Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde. **Rev Latino-Am Enferm**. v. 24, p. 1-9, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0784.2771>

PARENTE, A.N; *et al.* Educação permanente para qualidade e segurança do paciente em hospital acreditado. **Acta Paul Enferm.** v. 37, eAPE00041, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0000041>

PARK, M; *et al.* Avaliando o desempenho de uma plataforma integrada de gestão do conhecimento de enfermagem baseada em evidências (I-EBNKM) em ambientes clínicos do mundo real. **Revista Internacional de Informática Médica.** v. 105239, 2023.

PAULINO, G.M.E; *et al.* Satisfação profissional e ambiente de trabalho da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Rev Mineira Enferm.** v. 23, n. 1, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.35699/2316-9389.2019.49731>

PEREIRA, R. Gestão do Conhecimento aliada ao crescimento organizacional: perspectivas à prática hospitalar. **AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento.** v. 10, n. 1, p. 103-112, 2021. Disponível em: <https://pbcib.com/index.php/pbcib/article/view/59445>

PÉREZ-FUILLERAT, N; SOLANO-RUIZ, M.C; AMEZCUA, M. Conocimiento tácito: características en la práctica enfermera. **Gaceta Sanitaria.** v. 33, p. 191-196, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.002>

PICCOLI, M.S.Q; PANIZZON, M. A popularização do conhecimento científico como forma de interação entre a academia e a sociedade. **Revista Brasileira de Pós-Graduação.** v. 17, n. 37, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21713/rbpg.v17i37.1735>

PIMENTA, C.A.M; *et al.* Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. In: **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem.** 2015.

PINHO, C.M; *et al.* O uso dos bundles em unidades de terapia intensiva: prevenção e redução das infecções. **Rev Enferm Digit Cuid Promoção Saúde.** v. 5, n. 2, p. 117-24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200021>

REASON, J. **El error humano.** Madrid: Modus Laborandi. 2009.

RIBEIRO, D.E; SOUZA, I.G.C.O; SOUZA, A.P. O conceito de informação e conhecimento sob a ótica dos docentes do curso de biblioteconomia UFCA. **Folha de Rosto.** v. 1, n. 1, p. 16-29, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufca.edu.br/ojs/index.php/folhaderosto/article/view/4/5>

RIOS, L.E. ABC das Teorias de mudança de Comportamento: resenha crítica. **Revista brasileira de educação médica.** v. 41, n. 2, p: 356-358, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20160085>

ROCHA, E.S.B; *et al.* Gestión del conocimiento en salud: revisión sistemática de la literatura. **Revista Latino-Am Enferm.** v. 20, p. 392-400, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/V4TDCjXkQTbpN6nF6GGrzBm/?format=pdf&lang=es>

ROCHA, R.F; EMYDIO, M.M. Gestão do conhecimento e tecnologia: Aplicação na educação. **ConCI: Convergências em Ciência da Informação.** v. 1, n. 2, p. 92-99, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.33467/conci.v1i2.10221>

RODRIGUES, I.C.S.S; *et al.* Gestão de enfermagem na unidade de terapia intensiva: um relato de experiência. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. v. 5, n. 5, p. 4459–4469, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p4459-4469>

ROQUE, K.E; TONINI, T; MELO, E.C. P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad Saúde Pública**. v. 32, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081815>

ROZA, R.H. Revisitando a teoria da criação do conhecimento organizacional. **Rev. Interam. Bibliot.** v. 43, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.rib.v43n3erv2>.

RUOFF, A.B; *et al.* Aprendizagem experiencial e criação do conhecimento: aplicações em enfermagem. **Rev Mineira Enferm.** v. 20, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/rem.v20i1.50036>

SALES, C.B; *et al.* Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Rev Bras Enferm.** v. 71, p. 126-134, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>

SALVATI, C.O; *et al.* Humanization of the hospital: participatory construction of knowledge and practices on care and ambience. **Rev Esc Enferm USP**. v. 55, p. e20200058, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0058>

SANTOS, C.M; *et al.* A importância da motivação no ambiente de trabalho. **Revista digital de gestão e negócios**. v. 1, n. 10, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unimesvirtual.com.br/index.php/gestaoenegocios/article/download/635/557>

SANTOS, I.R.A; *et al.* Kamishibai como ferramenta de gerenciamento do cuidado em enfermagem. In: SANTOS, I.R.A; SILVA, D.S; LIMA, A.B. **Gestão, assistência e ensino no Hospital Geral Roberto Santos: estratégias de enfermagem para a promoção da qualidade e segurança do paciente**. Curitiba: **CRV**. 2023.

SANTOS, J.R. Conduta gerencial do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v. 1, p. 30-46, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/conduta-gerencial-do-enfermeiro>

SANTOS, M.M.O; *et al.* Indicadores de desempenho e engajamento profissional em organizações inovadoras. **Revista de Gestão e Secretariado**. v. 10, n. 1, p. 192–212, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7769/gesec.v10i1.874>

SANTOS, N; RADOS, G.J.V. **Fundamentos teóricos de gestão do conhecimento**. Pandion: Florianópolis. 2020.

SANTOS, T.A; *et al.* Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. **Rev Esc Enferm USP**. v. 52, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017050503411>

SANTOS, T.B.S; *et al.* Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 25, p. 3597-3609, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.33962018>

SARMENTO POMPEU, N; HALAX ORFÃO, N. Indicadores como ferramenta para gestão hospitalar: uma revisão integrativa. desafios - **Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. v. 10, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uftv1n123-12920>

SARNO CARVALHO, J.F; RODRIGUES, R.L.A. A gestão de pessoas no serviço público. **Interação - Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão**. v. 22, n. 1, p. 16 - 42, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33836/interacao.v22i1.288>

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

SCHWONKE, C.R.G; *et al.* Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**. v. 64, p. 189-192, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100028>

SHAHMORADI, L; SAFADARI, R; JIMMA, W. Knowledge management implementation and the tools utilized in healthcare for evidence-based decision making: a systematic review. **Ethiopian journal of health sciences**. v. 27, n. 5, p. 541-558, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4314/ejhs.v27i5.13>

SILVA, A.C; *et al.* Práticas e desafios dos enfermeiros como gestores: revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**. v. 7, n. 1, p. 6965-6975, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-567>

SILVA, A.G; OLIVEIRA, A.C. Impacto da implementação dos bundles na redução das infecções da corrente sanguínea: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003540016>

SILVA, A.M; SILVA, N.A.S; FORTES, D.X. Adoção de Gestão do Conhecimento e Big Data na Saúde Pública. **Revista Rios**. v. 12, n. 15, p. 347-364, 2018. Disponível em: [https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2018/15/adocao\\_de\\_gestao\\_do\\_conhecimento\\_e\\_big\\_data\\_na\\_saude\\_publica.pdf](https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2018/15/adocao_de_gestao_do_conhecimento_e_big_data_na_saude_publica.pdf)

SILVA, A.T; *et al.* Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v. 12, n. 6, p. 1532-1538, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234593p1532-1538-2018>

SILVA, B.J.R; *et al.* Ações de enfermagem que promovem a segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 5, p. e44110515202-e44110515202, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15202>

SILVA, G.T.R; *et al.* Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. **Escola Anna Nery**. v. 26, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0070>

SILVA, G.T.R; *et al.* Modelos de gestão em enfermagem: um dispositivo de (des) encontros no campo hospitalar. **Ciencia y Enfermería**. v. 28, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29393/CE28-25MGGD60025>

SILVA, L.F; RUSSO, R.F.S.M. Aplicação de entrevistas em pesquisa qualitativa. **Revista de Gestão e Projetos**. v. 10, n. 1, 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8367625>

SILVA, M.E.S; *et al.* Práticas de gestores(as) para aquisição de conhecimento e da promoção da segurança do paciente em organizações hospitalares durante a pandemia de COVID19. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**. v. 17, n. 5, p. e6972, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.5-204>

SILVA, M; SOUZA, F.R.R; ZUPELLARI, G.S.M. Concepções e contribuições de trabalhadores de saúde sobre ambiente de trabalho saudável. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 37, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v37.49584>

SIMAN, A.G; *et al.* Desafios da prática na segurança do paciente. **Rev Bras Enferm**. v. 72, p. 1504-1511, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>

SOTANA, M.M.S.F; *et al.* A importância do preenchimento do checklist da cirurgia segura: estratégia para evitar eventos adversos. Sínteses: **Rev. Eletr. SimTec**. 2023. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/17794>

SOUSA, R.G. A enfermagem frente ao acolhimento do paciente em cuidado paliativo. **Revista**. p. 45, 2021. Disponível em: <http://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/697>

SOUSA, R.L; VIEIRA, I.M.C. O debate online sobre a ética na ciência no caso He Jiankui: oportunidades, limites e desafios da popularização da ciência. In: SILVA, M.P. **A influência da comunicação 2**. Ponta Grossa: Atena. p. 169-183, 2020.

STEWART, S. Kamishibai Cards: A Conversation About Patient Safety. **J Nurs Care Qual**. v. 36, n. 4, p. 333-338, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000541>

TARTAGLIA, A; MATOS, M.A. Segunda vítima: afinal, o que é isso? **Einstein (São Paulo)**. v. 18, 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020ED5619](http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ED5619)

TAVARES, D.H; *et al.* Aplicabilidade da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale na pandemia do novo Coronavírus/Applicability of Florence Nightingale's Environmental Theory in the new Coronavirus pandemic. **Journal of Nursing and Health**. v. 10, n. 4, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19942/12096>

TEIXEIRA, G; GASPAS, F; LUCAS, P. Nurse manager's role in promoting culturally competent work environments in nursing: An integrative review. **New Trends in Qualitative Research**. v. 13, p. e664, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e664>

TEIXEIRA, M.M.C; TEIXEIRA, C.S; MATOS, G.P. **A influência da gestão do conhecimento na qualidade e segurança dos serviços de saúde.** Anais do Congresso Internacional de Conhecimento e Inovação–ciki. 2023.

TOTI, I.C.C; *et al.* Percepções dos profissionais de enfermagem na aplicação do checklist de cirurgia segura / Perceptions of nursing professionals in the applying the safe surgery checklist. **J. nurs. health.** v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i1.18332>

TREVISAN, L.C; DAMIAN, I.P.M. Gestão do conhecimento: diretrizes e práticas recomendadas às organizações. **Ciência da Informação.** v. 47, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18225/ci.inf.v47i2.4069>

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. p. 175, 2013.

VALBUENA-DURÁN, L.D; RUIZ, M; PÁEZ, A.N. Nursing Leadership, Associated Sociodemographic and Professional Factors: The Perception of Leaders and Evaluators. **Aquichan.** v. 21, n. 2, e2125, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.2.5>

VALENTIM, L.V; *et al.* Percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao trabalho em equipe. **Revista Baiana de Enfermagem.** v. 34, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37510>

VIDAL, C.P; BENDLIN, A.F; DALLA, L.L. Competências do enfermeiro gestor na atenção primária: revisão integrativa de literatura. **SANARE.**v. 22, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v22i2.1689>

VILLAR, V.C.F.L; MARTINS, M; RABELLO, E.T. Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil: estudo descritivo, 2014-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v. 30, n. 4, e2021005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400007>

VILLAR, V.C.F.L; MARTINS, M; RABELLO, E.T. Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil: estudo descritivo, 2014-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v. 30, n. 4, p. e2021005, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400007>

WAGNER, C; *et al.* Unit-based incident reporting and root cause analysis: variation at three hospital unit types. **BMJ open.** v. 6, n. 6, p. e011277, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011277>

WAKE, A.D; *et al.* Knowledge, attitude, practice and associated factors towards patient safety among nurses working at Asella Referral and Teaching Hospital, Ethiopia: A cross-sectional study. **PLoS One.** v. 16, n. 7, p. e0254122, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254122>

WENSING, M; GROL, R. Tradução do conhecimento em saúde: como a ciência da implementação pode contribuir mais. **BMC Med.** v. 17, n. 88, 2019.

WERNECK, V.R. Sobre o processo de construção do conhecimento: o papel do ensino e da pesquisa. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.** v. 14, p. 173-196, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362006000200003>

WHO. World Health Organization. **Patient safety research: introductory course - Session 1.** What is patient safety? 2012. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/guidance/patient-safety-research-course>

WHO. World Health Organization. **The World Alliance for Patient Safety.** Genebra. 2004.

WHO. World Health Organization. **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety.** 2017. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

WHO. World Health Organization. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care.** 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

ZEGEYE, A.F; KASSAHUN, C.W; TEMACHU, Y.Z. Work experience was associated with the knowledge and practice of catheter-associated urinary tract infection prevention among nurses at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, northwest Ethiopia, 2021. **BMC Women's Health.** v. 23, n. 1, p. 40, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02176-8>



## APÊNDICE A – Instrumento para coleta de informações

**Projeto: Gestão de enfermeiras na aplicação do conhecimento para a segurança do paciente**

### INFORMAÇÕES DA GESTORA

*Gestor(a) de Enfermagem Sexo: F ( ) M ( ) Idade: _____	N. da entrevista
Ano de graduação:  Carga horária:	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:
Numero de leitos: _____	Porte do hospital: ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande
Número de profissionais de enfermagem: enfermeiras:                      Técnicos:	Acreditado: ( ) Sim ( ) Não
Número de enfermeiros ocupando cargos gerenciais:	Nível de acreditação: _____
	Existência de Núcleo de segurança do paciente: ( ) Sim ( ) Não. Tempo de funcionamento: _____
Existência de serviços voltados para gestão do conhecimento/ comunidades de prática/ gestão da qualidade: ( ) SIM ( ) NÃO.  Quais: ( ) Serviço de qualidade ( ) Vigilância epidemiológica ( ) Segurança do paciente ( ) Educação permanente Outros:	

#### Parte 2 - ENTREVISTA - Questão norteadora:

1. “Como é aplicado pela equipe, o conhecimento adquirido para o funcionamento da unidade que gerencia?”.

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**PROJETO:** Gestão de enfermeiras na aplicação do conhecimento para a Segurança do Paciente.

**EQUIPE DO PROJETO:** Profa. Dra. Josicélia Dumet Fernandes, Profa. Dra. Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro e Mestranda Kathlene Rocha dos Santos.

Sr(a) Participante:

Você está sendo convidado(a), a participar como voluntário(a) do estudo “Gestão de enfermeiras na aplicação do conhecimento para a Segurança do Paciente”. O objetivo geral deste trabalho é conhecer como as enfermeiras gestoras de UTI coordenam a aplicação do conhecimento para promover a segurança do paciente e os específicos são: descrever como são aplicados os conhecimentos para promover a segurança do paciente na UTI e descrever as estratégias gerenciais adotadas pelas enfermeiras para a aplicação de conhecimentos na promoção da segurança do paciente. Trata-se de uma pesquisa acadêmica que será desenvolvida no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) sob a responsabilidade da Profa. Dra. Josicélia Dumet Fernandes, Profa. Dra. Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro e da mestranda Kathlene Rocha dos Santos. Este estudo não apresenta benefícios diretos aos participantes, porém seus resultados poderão ser benéficos na produção de informações para qualificar a assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, contamos com a sua colaboração para responder ao instrumento de pesquisa que poderá ser enviado previamente por e-mail e, realizada de modo presencial, em turno e horário de trabalho agendados por você. A pesquisa será realizada, nos meses de maio a julho de 2023 pelas pesquisadoras vinculadas à investigação. A sua participação na pesquisa acontecerá de forma não remunerada e voluntária e, caso mude de ideia, poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Asseguramos que sua privacidade será preservada, portanto, seu nome não aparecerá na divulgação dos resultados, somente constarão informações que não permitem a sua identificação. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos deste projeto. Serão respeitados os princípios éticos que regem o trabalho científico. Ao término de cada entrevista, lhe será oferecida a oportunidade de ouvir a gravação para que possa acrescentar ou retirar algo que foi dito. Após a análise dos conteúdos proveniente de entrevista feita de forma presencial, os dados serão armazenados com segurança nas nuvens, com acesso limitado as pesquisadoras e os impressos

serão guardados, na íntegra, em gaveta trancada a chave. Os conteúdos serão armazenados pelo período de cinco anos, no Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE), situado no sexto andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Após este período o referido grupo de pesquisa, decidirá entre manter a guarda ou proceder a destruição, que será feito pela coordenadora responsável da pesquisa, deletando os dados nas nuvens e pela produção de calor (queimar). Esclarecemos acerca dos potenciais riscos que compreendem a dimensão psíquica e social, que poderão provocar 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) e embaraço de responder a questionamentos. A pesquisadora atuará para evitar ou minimizar os potenciais riscos e desconfortos, através das seguintes providências: certificação da guarda dos dados gerados, orientação acerca da participação na pesquisa e sobre o procedimento da entrevista. Quanto aos riscos provenientes de dimensão física, mesmo quando não previstos neste termo ou perante os sinais de desconforto que comprometa a expressão livre de suas opiniões, suspenderemos imediatamente a pesquisa. Face a ocorrência desses danos, que resulte de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a(as) pesquisadora(as) e as instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, se responsabilizará por assegurar a indenização de quaisquer eventuais danos. Nesse caso você será acolhida, obterá apoio psicológico e será referenciada para atendimento na rede SUS/BA, podendo ser em unidades de emergência ou ambulatorial. 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. Caso deseje, você poderá obter o formulário com suas respostas na íntegra, elas serão fornecidas a você via e-mail para que dê o destino que julgar. Cabe às pesquisadora a divulgação dos resultados à comunidade em geral, com 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. 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 ([jodumet@hotmail.com](mailto:jodumet@hotmail.com); [kathbrandao2015@gmail.com](mailto:kathbrandao2015@gmail.com), [ppgenfufba@gmail.com](mailto:ppgenfufba@gmail.com)) e o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) por meio do

telefone (71) 32837615 ou pelo e-mail [cepe.ufba@ufba.br](mailto:cepe.ufba@ufba.br) ou, ainda, ir diretamente ao local, situada 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. Também é possível exaurir as dúvidas através do contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HOSPITAL SANTA IZABEL que dispõe dos seguintes contatos: Telefone (71) 22038362, e-mail [cephsi@santacasa.org.br](mailto:cephsi@santacasa.org.br) ou, ainda, diretamente ao local, situado a Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500, Nazaré, Salvador – Ba, CEP 40050-410, de segundas a quinta-feira, no horário das 07:00 às 17:00h ou através do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/HUPES/UFBA, Telefone (71) 3646-3450, e-mail [cep.hupes@ebserh.gov.br](mailto:cep.hupes@ebserh.gov.br). Localizado na Rua Dr. Augusto Viana, s/n, 1º andar, ala central – Canela, UFBA, no Município de Salvador, CEP-40.110-060. Caso você concorde, solicitamos sua autorização para o uso das informações para fins de elaboração de dissertação, publicações de artigos científicos, divulgações e apresentações em eventos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, ser participante do estudo, assine este termo de consentimento, em duas vias, de igual teor, sendo que uma via ficará em posse da pesquisadora e a outra via, com a(o) participante para o caso de esclarecimento de dúvidas e a garantia de seus direitos enquanto participante da pesquisa.

Li e concordo em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Nome da pesquisadora/ Entrevistadora

Assinatura

Salvador, \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_.

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

*Josicélia Dumet Fernandes*

\_\_\_\_\_  
Prof.ª, Dr.ª, Profa. Dra. Josicélia Dumet Fernandes – pesquisadora responsável

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: 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: <http://conselho.saude.gov.br>

## APÊNDICE C - Carta convite



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

### CARTA CONVITE AO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Salvador, 02 de julho de 2023.

Prezada (o) colega,

Dando prosseguimento as etapas do curso de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem (PPGENF- UFBA) e a necessidade de construir a Dissertação de Mestrado, solicito sua colaboração no sentido de participar da minha pesquisa, intitulada: Gestão de enfermeiras na aplicação do conhecimento para a Segurança do Paciente.

A referida pesquisa tem como objetivo geral: Conhecer como as enfermeiras gestoras de UTI coordenam a aplicação do conhecimento para promover a segurança do paciente, e como objetivos específicos: Descrever como são aplicados os conhecimentos para promover a segurança do paciente na UTI e descrever as estratégias gerenciais adotadas pelas enfermeiras para a aplicação de conhecimentos na promoção da segurança do paciente.

A técnica de coleta de dados será através da entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro prévio. Para tanto, convido você a participar desse estudo e solicito que informe sua disponibilidade de data e horário para a realização da entrevista.

Desde já, agradeço antecipadamente.

Kathlene Rocha dos Santos  
Enfermeira Coren/BA 93595  
(71) 99386-6999  
E-mail: kathlene.rocha@ufba.br  
Mestranda do PPGENF-UFBA

## ANEXO A- Parecer do comitê de ética em pesquisa

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

suas opiniões, a pesquisa será interrompida, realizado acolhimento e orientações necessárias. Caso exija, será feito encaminhamento do participante para atendimentos necessários na rede SUS-BA."

Benefícios: "Quanto aos benefícios salienta-se que a participação na pesquisa não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possa evidenciar a contribuição da gestão do conhecimento estratégico para a segurança do paciente e o desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE) da Pós graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia. A pesquisa será realizada em unidades que integram a rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a atenção primária até a atenção de alta complexidade no Estado da Bahia: Hospital Coto Maia, Hospital Geral Roberto Santos, Hospital Municipal de Salvador, Instituto de Cardiologia do Recôncavo da Bahia (INCAR) no município de Santo Antônio de Jesus, Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Hospital Ernesto Simões Filho (HESF), Hospital Municipal de Sapeaçu, Hospital Estadual Cleriston Andrade, hospital do Subúrbio.

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

Foram anexados 04 documentos ao protocolo de pesquisa na Plataforma Brasil. Conforme solicitado no parecer consubstanciado 5.141.385, houve adequações em todos os documentos.

01-PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1831757.pdf

02-Projeto\_Detalhado\_Brochura\_Investigador.pdf

03-Declaracao\_Atencao\_Basica\_Projeto.pdf

04-TCLE\_Projeto\_Gestao\_Do\_Conhecimento.pdf

**Recomendações:**

Apresentar, como notificação, via Plataforma Brasil, os relatórios parciais semestrais e final do

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

projeto, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa, conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d.

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

Protocolo de pesquisa atende aos preceitos éticos emanados das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, sugere-se parecer de aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovação ad referendum, tendo em vista considerações prévias em reunião de Colegiado. Ressalta-se que, após realizar modificações atendendo às recomendações descritas no parecer consubstanciado 5.141.385, esta segunda versão do projeto atende aos princípios éticos e bioéticos emanados das Resoluções n.466/2012 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e ao ofício circular da CONEP: "Orientações para procedimentos em pesquisas em ambiente virtual", de 24 de fevereiro de 2021.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1831757.pdf	14/12/2021 16:52:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Brochura_Investigador.pdf	14/12/2021 16:51:48	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_Atencao_Basica_Projeto.pdf	14/12/2021 16:36:49	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto_Gestao_Do_Conhecimento.pdf	14/12/2021 16:36:21	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto_Pesquisa.pdf	23/11/2021 13:45:26	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UnidadesPrefeitura.pdf	04/11/2021 16:38:56	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HospitalErnestoSimoies.pdf	04/11/2021 16:38:14	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_De_Compromisso_Do_Pesquisador_e_Comissao_Executora.pdf	30/10/2021 19:21:49	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Projeto.pdf	30/10/2021 19:19:43	ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito

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