

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

REJANE CUSSI ASSUNÇÃO LEMOS

Eventos adversos relacionados ao cateterismo vesical de demora: percepção dos enfermeiros

Uberaba-MG

2017

REJANE CUSSI ASSUNÇÃO LEMOS

Eventos adversos relacionados ao cateterismo vesical de demora: percepção dos enfermeiros

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: o trabalho na saúde e na enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

Uberaba-MG

2017

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

L579e Lemos, Rejane Cussi Assunção
Eventos adversos relacionados ao cateterismo vesical de demora: percepção dos enfermeiros / Rejane Cussi Assunção Lemos. -- 2017.
115 f. : il., fig., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017
Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

1. Cuidados de enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Qualidade dos cuidados de saúde. 4. Cateterismo urinário. I. Simões, Ana Lúcia de Assis. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616-083

Rejane Cussi Assunção Lemos

Eventos adversos relacionados ao cateterismo vesical de demora: percepção dos enfermeiros

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde.

Aprovado em: / / .

Banca Examinadora:

Assinatura: _____

Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Assinatura: _____

Profa. Dra. Bethânia Ferreira Goulart
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Assinatura: _____

Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP-EERP)

Assinatura: _____

Profa. Dra. Patrícia Magnabosco
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Assinatura: _____

Enfa. Dra. Thaís Santos Guerra Stacciarini
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, **Gabriel e Mariana**, pérolas da minha vida, que sempre me remetem ao verdadeiro significado do amor genuíno. Agradeço imensamente aos dois pela compreensão dos momentos de ausência e cansaço. Vocês são a razão de tudo isso! A vitória também é de vocês.

À minha mãe, **Alzira**, sempre presente em minha vida, apoiando-me com suas palavras de incentivo e coragem. Pessoa singular, que discretamente, ensina-me o significado de palavras importantes como resignação, humildade e amor. Lições essenciais à vida.

Ao meu pai, **Geraldo**, com o dom do conselho e de uma palavra amiga nas horas mais árduas. Sempre por perto, oferecendo-me seu ombro amigo para enfrentar a vida. Obrigada pelas vezes que fez meu papel de mãe e acolheu meus filhos. Não poderia deixar de agradecer também à **Edina**, pelo carinho e pela presença sempre afetuosa em nossas vidas.

Ao meu companheiro, **Evaristo**, que esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis, usando a sabedoria e a paciência para conduzir as situações. Pessoa que me incentiva, incondicionalmente, e acredita no meu potencial. Obrigada por fazer parte da minha vida.

Ao meu amado pet e fiel companheiro de estudos, **Bilu**, que sempre me acompanha nos momentos de concentração no computador, deitado ao meu lado, transmitindo-me paz e confiança.

AGRADECIMENTOS

À **DEUS** e aos **amigos espirituais**, que me regem, guiam-me, amparam-me e iluminam-me sempre. Agradeço pela oportunidade de finalizar esta etapa importante da minha vida e concretizar meus objetivos.

À Profa. Dra. **Ana Lúcia de Assis Simões**, pessoa que admiro pela competência profissional, inteligência, sabedoria e, principalmente, pela elegância, polidez e respeito ao lidar com o ser humano. Sempre me ofertou palavras sábias, positivas e um caminho tangível nos momentos de dificuldade. Não existe uma palavra com magnitude suficiente para agradecer sua generosidade para comigo. Obrigada, professora, por acreditar em mim, por me conduzir com soberania e me mostrar o caminho digno da educação e do aprendizado.

À Profa. Dra. **Bethânia Ferreira Goulart**, profissional competente que me acolheu e conduziu no momento árduo da análise dos dados. Sempre me ofertou palavras de incentivo e ânimo, com a doçura que lhe é peculiar. Amiga que admiro e a quem tenho respeito e gratidão. Obrigada Bethânia, por sua disponibilidade e paciência.

À Profa. Dra. **Divanice Contim**, pela proximidade, disponibilidade, incentivo, apoio e ajuda com conhecimentos, sempre que necessário. Deixo meu agradecimento afetuoso por sua generosidade, sensibilidade e carinho nos momentos difíceis. Pessoa singular.

Às professoras Dra. **Bethânia Ferreira Goulart**, Dra. **Luceli Dias Pedreschi Chaves**, Profa. Dra. **Patrícia Magnabosco** e Enfa. Dra. **Thaís Santos Guerra Stacciarini** pelas contribuições significativas à finalização desta pesquisa e participação na banca de defesa. Agradeço pela disponibilidade e auxílio.

Às professoras Dra. **Denize Bouttelet Munari** e Dra. **Suzel Regina Ribeiro Chavaglia** pelas contribuições valiosas no exame de qualificação. Agradeço pela disponibilidade e colaboração.

Às professoras Dra. **Bethânia Ferreira Goulart**, Dra. **Divanice Contim**, Dra. **Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo**, Dra. **Leiner Resende Rodrigues**, Dra. **Lúcia Aparecida Ferreira** pelas significativas contribuições no processo de validação do instrumento de coleta de dados.

Às professoras Dra. **Adriana Nicolussi**, Dra. **Andrea Mara Bernardes Silva** e Dra. **Elizabeth Barrichello**, amigas que estiveram presente e contribuíram com ensinamentos e parceria no processo de confecção e publicação do artigo.

À **Universidade Federal do Triângulo Mineiro** e ao **Hospital de Clínicas** por oferecer recursos e infraestrutura necessários à realização desta tese. Agradeço o apoio e acolhimento.

Ao **corpo docente** e aos **Técnicos Administrativos** da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e da Pós-graduação em Atenção à Saúde, meu sincero agradecimento pelo apoio, respeito e colaboração para que fosse possível a concretização de mais esta etapa.

À Professora Dra. **Sueli Riul da Silva** pela contribuição pontual e significativa ao estudo. Obrigada por demonstrar prontidão e disponibilidade em me atender.

À bibliotecária **Sônia Maria Rezende Paolinelli** (UFTM) pela contribuição significativa na formatação final do estudo.

À **Equipe de Enfermagem** do Pronto Socorro Adulto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, agradeço primeiramente pela amizade, carinho, acolhida e também pelo apoio, receptividade e colaboração para a concretização deste estudo. Vocês fazem o diferencial na vida de muitas pessoas.

Às companheiras de jornada, doutorandas **Carolina Feliciano Bracarense**, **Joyce Maria Gabriel Duarte** e **Karoline Faria de Oliveira**, pessoas íntegras e singulares que admiro e que tenho como referência de competência profissional. Obrigada pelo carinho e acolhida, pelas colaborações, incentivos e ensinamentos.

Às companheiras da turma de doutorado **Fernanda Carolina Camargo**, **Flávia Aparecida Dias**, **Karoline Faria de Oliveira**, **Maurícia Brochado Oliveira Soares** e **Sara Franco Diniz Heitor** e às parceiras de viagens à USP **Bibiane Dias Miranda Parreira** e **Andrea Mara Bernardes Silva**, meu agradecimento pela amizade, convivência e incentivo.

Aos meus amigos, representados aqui nas pessoas das amigas **Adriana Celeste Resende**, **Maria Inês Ramos** e **Sirlene Lemes**, que mesmo cobrando sempre minha presença, souberam entender os momentos de ausência em prol do crescimento profissional e pessoal. Obrigada pela paciência e apoio incondicional.

Agradecimento especial à amiga e fiel escudeira, **Maria Vilma dos Santos Berberino**, pessoa que Deus colocou em minha vida para que eu pudesse caminhar em paz. Minha companheira de vida, minha confidente, a tia-mãe dos meus filhos. Obrigada por sua contribuição extremamente significativa para este estudo, ofertando-me carinhosas xícaras de café e abrindo mão de sua vida, para que eu pudesse realizar meus objetivos.

Aos meus familiares sempre presentes, vibrando com minhas vitórias. Dedicatória especial à minha irmã **Monica**, pela presença singular e iluminada em minha vida; à prima **Lorena**, pela colaboração valiosa ao presente estudo e, aos tios **Otávio e Beatriz**, pelas leituras e acertos gramaticais finais do estudo.

A Enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

A segurança do paciente é um tema relevante visto que seus princípios fundamentam a prática de enfermagem. A fim de se poder vislumbrar o cuidado seguro e de qualidade, é necessário investir na capacitação profissional buscando consolidar a cultura de segurança do paciente nas instituições, tendo o enfermeiro o compromisso ético e moral de desenvolver suas atividades pautadas nesses parâmetros. Esta pesquisa teve como objetivo analisar as circunstâncias que envolvem os eventos adversos relacionados ao cateterismo vesical de demora segundo percepção dos enfermeiros. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido na unidade de urgência e emergência de um hospital público de ensino, localizado em Minas Gerais, Brasil. A população foi constituída por 20 enfermeiros atuantes na referida unidade que atenderam aos critérios de inclusão no estudo. A Técnica do Incidente Crítico foi o procedimento metodológico utilizado para coletar os dados, sendo realizadas entrevistas semiestruturadas, durante o período de setembro a novembro de 2016. A análise dos dados foi norteada pela análise de conteúdo que permitiu identificar os incidentes críticos mediante descrição de 55 situações, das quais 53 (96,4%) receberam referências negativas e duas (3,6%), positivas; 282 comportamentos, sendo 192 (68,2%) negativos e 90 (31,8%) positivos; e 93 consequências com 66 (71%) referências negativas e 27 (29%) referências positivas. As referências negativas reportaram aspectos que dificultam a execução do cateterismo vesical de demora, sendo eles: escassez de recursos humanos e materiais, inabilidade técnica, déficit de conhecimento, trabalho sob pressão, falta de padronização, falta de comunicação, retrabalho e constrangimento. Os aspectos facilitadores representados pelas referências positivas, foram: consciência profissional com o cuidado, cooperação entre equipe e ética profissional frente a intercorrências. O estudo demonstrou que ainda existem entraves importantes relacionados à assistência de enfermagem que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e causam prejuízos para os pacientes e para os profissionais. Porém, na tentativa de minimizar a ocorrência dos eventos adversos, os enfermeiros assumem o cuidado ao paciente com responsabilidade, postura ética e consciência profissional. Dessa forma é fundamental que os preceitos da educação permanente, do trabalho em equipe e da comunicação permeiem as ações de enfermagem, vislumbrando a assistência humanizada e o cuidado seguro.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem. Segurança do paciente. Qualidade dos cuidados de saúde. Cateterismo urinário.

ABSTRACT

The safety of the patient is a relevant topic since its principles based on the practice of nursing. So, in order to be able to envisage safe and quality care, it is necessary to invest in professional training seeking to consolidate the patient's safety culture in institutions, with nurses having the ethical and moral commitment to develop their activities based on these parameters. This study aimed to analyze the circumstances involving adverse events related to late bladder catheterization according to the nurses' perceptions. A descriptive study with a qualitative approach, developed in the urgency and emergency unit of a public teaching hospital, located in Minas Gerais, Brazil. The population was constituted by 20 nurses who worked in the unit and who establish the criteria of inclusion on the study. The Critical Incident Technique was the methodological procedure used to collect the data, and semi-structured interviews were carried out, during the period from september to november, 2016. The analysis of the data was guided by content analysis which allowed the identification of critical incidents by describing 55 situations, of which 53 (96.4%) received negative references and two (3.6%), positive; 282 behaviors, being 192 (68.2%) negative and 90 (31.8%) positive; and 93 consequences with 66 (71%) negative references and 27 (29%) positive references. Negative references have referred to aspects that make it difficult to perform bladder catheterization, such as: shortage of human and material resources, technical disability, knowledge deficit, working under pressure, lack of standardization, lack of communication, rework and embarrassment. The facilitator aspects represented by the positive references, were: professional awareness with care, team cooperation and professional ethics in the face of intercurrents. The study showed that there are still important barriers related to nursing care which contribute to the occurrence of adverse events and which cause harm to patients and professionals. However, in an attempt to minimize the occurrence of adverses events, nurses take care of patients with responsibility, ethical posture and professional awareness. Thus, it is fundamental that the precepts of permanent education, teamwork and communication permeate nursing actions, with a view to humanized care and safe care.

KEY WORD: Nursing care. Patient safety. Quality of health care. Urinary catheterization

RESUMEN

La seguridad del paciente es un tema importante ya que sus principios son la base de la práctica de enfermería. Por lo tanto, para que se pueda vislumbrar la atención segura y de calidad, es necesario invertir en la formación profesional a efectos de consolidar la cultura de seguridad del paciente en las instituciones, y el compromiso ético y moral de la enfermera para desarrollar sus actividades guiadas por estos parámetros. Esta investigación tuvo como objetivo analizar las circunstancias que involucra los eventos adversos relacionados con el cateterismo vesical de demora según la percepción de los enfermeros. Estudio cualitativo descriptivo, desarrollado en la unidad de urgencias y emergencias de un hospital público de enseñanza, que se encuentra en Minas Gerais, Brasil. La población estuvo conformada por 20 enfermeros que trabajan en la unidad y que cumplían los criterios de inclusión del estudio. La Técnica del Incidente Crítico fue el enfoque utilizado para recopilar los datos, llevando a cabo entrevistas semiestructuradas, durante el período de septiembre a noviembre, 2016. El análisis de los datos fue guiado por el análisis de contenido que identificó el incidente crítico en la descripción de 55 casos, de los cuales 53 (96.4%) eran referencias negativas y dos (3,6%), positivas; 282 comportamientos, de los cuales 192 (68,2%) negativos y 90 (31,8%) positivos; y 93 consecuencias, 66 (71%) negativas y 27 (29%) positivas. Referencias negativas informaron los aspectos que dificultan la implementación de cateterismo vesical de retardo, de la siguiente manera: la escasez de recursos humanos y materiales, incapacidad técnica, falta de conocimiento, trabajar bajo presión, falta de normalización, falta de comunicación, re-trabajo y vergüenza. Los factores que facilitan representados por las referencias positivas, fueron: conciencia profesional en el cuidado, la cooperación entre el personal, y la ética profesional contra complicaciones. El estudio mostró que todavía hay obstáculos importantes relacionados con la atención de enfermería que contribuyen a la ocurrencia de eventos adversos que causan daño a los pacientes y a los profesionales. Sin embargo, en un intento de minimizar la ocurrencia de eventos adversos, los enfermeros cuidan de pacientes con responsabilidad, ética y conciencia profesional. Por lo tanto, es esencial que los principios del aprendizaje permanente, el trabajo en equipo y la comunicación permeen las acciones de enfermería, vislumbrando el cuidado humanizado y seguro.

PALABRAS CLAVE: Atención de enfermería. Seguridad del paciente. Calidad de la atención de Salud. Cateterismo urinario.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Esquematização das situações, comportamentos e consequências, e suas respectivas subcategorias, emergentes dos dados coletados junto aos enfermeiros do PSA-HC-UFTM, Uberaba, MG..... 51

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- Caracterização dos enfermeiros (n=20) da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, segundo variáveis de idade, sexo, tempo de formação profissional, de atuação na área hospitalar e de atuação na unidade, Uberaba – MG, 2016	48
TABELA 2	- Distribuição das categorias de Situações positivas e negativas, referentes à execução do cateterismo vesical de demora, consubstanciadas dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba.....	52
TABELA 3	Distribuição das subcategorias de Situações positivas e negativas, referentes a Entraves relacionados à execução do cateterismo vesical de demora, consubstanciadas dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016	53
TABELA 4	Distribuição das categorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes à execução do cateterismo vesical de demora, consubstanciados dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016	61
TABELA 5	- Distribuição das subcategorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes a Assistir perante os entraves relacionados à realização do cateterismo vesical de demora, consubstanciados dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016.....	62
TABELA 6	- Distribuição das subcategorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes a Avaliar o desempenho técnico-profissional relacionado ao cateterismo vesical de demora, consubstanciados dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016.....	70
TABELA 7	- Distribuição das categorias de Consequências positivas e negativas, referentes à execução do procedimento de cateterismo vesical de demora, consubstanciados dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016.....	76
TABELA 8	- Distribuição das subcategorias de Consequências positivas e negativas, referentes a Consequências para o paciente, consubstanciadas dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016.....	76
TABELA 9	- Distribuição das subcategorias de Consequências positivas e negativas, referentes a Consequências para o profissional, consubstanciadas dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CVD	Cateterismo Vesical de Demora
EADs	Eventos Adversos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HC	Hospital de Clínicas
ICs	Incidentes Críticos
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ITU	Infecção do Trato Urinário
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pesquisa-Ação
PNPS	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PP	Pesquisa Participante
PSA	Pronto Socorro Adulto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Técnica do Incidente Crítico
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO EM SAÚDE	21
2.2	EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO VERTENTE PARA A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL RELACIONADA AO CVD E À QUALIDADE DO CUIDADO	25
3	JUSTIFICATIVA.....	30
4	OBJETIVOS.....	33
4.1	OBJETIVO GERAL	34
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	35
5.1	TIPOS DE ESTUDO	36
5.2	LOCAL DO ESTUDO	36
5.3	CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO	37
5.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	38
5.5	ESTRATÉGIAS PARA COLETA DOS DADOS	39
5.6	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	42
5.7	ASPECTOS ÉTICOS	44
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	47
6.2	IDENTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES CRÍTICOS	50
6.3	IDENTIFICAÇÃO DAS SITUAÇÕES	51
6.4	IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS	61
6.5	IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS	75
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICES	105
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista	108
	APÊNDICE C - Quadros elaborados para análise dos dados, com recortes fidedignos das entrevistas	109
	APÊNDICE D - Quadros utilizados para análise dos dados, especificamente para identificar situações, comportamentos e consequências relatados pelos participantes.....	110
	APÊNDICE E - Agrupamento das situações, comportamentos e consequências relatados pelos participantes, por semelhança de conteúdo.....	111
	APÊNDICE F - Categorização das situações, comportamentos e consequências relatados pelos participantes.....	112
	ANEXO	113
	ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa	114

Refletindo sobre minha trajetória profissional, posso dizer que a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) teve uma contribuição significativa na minha história de vida. Ainda adolescente, olhava para a imponência da arquitetura daquele prédio e pensava: “um dia vou trabalhar aqui”.

Por influência da Dr^a Maria Lúcia Cardoso dos Santos, então coordenadora do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da antiga Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, hoje Universidade Federal do Triângulo Mineiro, optei pela graduação na área de enfermagem, ingressando nesta instituição.

Durante a graduação, as práticas realizadas na área hospitalar sempre me despertaram interesse, apesar da estrutura curricular oferecer a vertente da saúde coletiva. Assim, as atividades de monitoria e pesquisa produzidas por mim, estavam todas vinculadas ao contexto hospitalar. Nessa época, tive a oportunidade de desenvolver uma iniciação científica relacionada à assistência de enfermagem ao paciente portador de prótese de quadril no período perioperatório.

Ao findar a graduação e ingressar no mercado de trabalho, pude vivenciar simultaneamente a área hospitalar, de um hospital particular, e a saúde coletiva, como primeira enfermeira do núcleo de *Home Care* da Prefeitura Municipal de Uberaba-MG. Apesar de gostar das atividades desenvolvidas, o vínculo com a área hospitalar sempre foi mais gratificante e me despertava para a necessidade de envolvimento em atividades de cunho científico, mas muitas vezes faltava o incentivo.

Foi então que surgiu a oportunidade de continuar executando atividades de pesquisa, mediante concurso para professor substituto no Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da UFTM, especificamente na disciplina de Urgência e Emergência, exercendo o ensino, a pesquisa e a extensão.

Na sequência, ocorreu a inserção na pós-graduação, nível mestrado, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que culminou na dissertação intitulada o significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade.

Continuei desenvolvendo as atividades docentes no Curso de Enfermagem, na área hospitalar, tendo como vínculo empregatício a Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba e, posteriormente, após outros concursos para professor substituto, fui aprovado em concurso público federal na disciplina de Semiologia e Semiotécnica Aplicada à Enfermagem, disciplina que ministro atualmente.

Em minhas atividades como docente, realizo a parte prática da disciplina pela qual sou responsável no Hospital de Clínicas (HC) da UFTM, especificamente no Pronto Socorro Adulto (PSA) e na Clínica Médica. Além da atividade docente, também realizei atividades no PSA como enfermeira plantonista, por um período de seis anos.

O exercício dessas atividades e, conseqüentemente, a proximidade com o setor, despertou-me um olhar diferenciado em relação à prática assistencial em saúde. Situações que envolvem o cuidado, e que são comuns a uma rotina hospitalar, tornam-se foco de avaliação espontânea.

Essas observações revelam nuances que, por vezes, passam despercebidas à equipe de saúde no seu cotidiano profissional. Assim, um olhar espontâneo, mas ao mesmo tempo crítico, permitiu-me realizar avaliações sistemáticas de várias situações cotidianas, dentre elas a execução das intervenções de enfermagem.

O problema a ser investigado no presente estudo surgiu nessa atmosfera, na qual como pesquisadora, enquanto sujeito externo à equipe de um setor de atendimento em urgência e emergência, percebi as dificuldades encontradas pelo enfermeiro ao realizar algumas intervenções.

Nesse contexto, surgiram indagações que me incomodaram, relacionadas aos motivos pelos quais as intervenções não eram realizadas como sugeriam os protocolos de assistência e até que ponto esse fator interferia na qualidade da assistência oferecida ao paciente. Outra indagação que se tornou evidente, foi a questão de entender se esses profissionais possuíam consciência dessa situação e compreender quais eram os motivos para não seguir os protocolos do serviço.

Publicações científicas destacam aspectos do trabalho da equipe de enfermagem em unidades de pronto socorro, enfatizando as dificuldades em se trabalhar sob pressão, com um paciente crítico, que exigem agilidade e habilidade profissional, pela complexidade das intervenções, condição essa que requer avaliação e aprimoramento técnico-científico constante dos profissionais, como recurso eficaz para a garantia da assistência oferecida ao paciente.

Neste sentido, o PSA do HC mostra-se como setor propício ao desenvolvimento dessa investigação, pois além de possuir um ambiente de trabalho tenso, passou por uma reestruturação e recebeu um grande número de enfermeiros que possuem formação com especialidades, experiências e vivências diversas, o que de certo modo impactou a assistência.

Toda essa contextualização do ambiente de trabalho e das diferentes experiências profissionais, despertou-me o interesse em avaliar as intervenções, especificamente o cateterismo vesical de demora (CVD).

A escolha por essa intervenção em especial, justifica-se pelo elevado número de pacientes que necessitam do CVD no PSA, pelas complicações decorrentes estarem associadas a falhas na execução técnica e, ainda, devido ao fato do CVD estar diretamente relacionado à infecção do trato urinário, representando um dos maiores índices de infecção hospitalar (PRATES et al., 2014; CONTERNO et al., 2011; QUEIRÓS et al., 2011; GRABE et al., 2013; SAINT et al., 2008).

Frente à importância dessa temática, surgiu o interesse em investigar os fatores que favorecem e os que dificultam a assistência de enfermagem relacionada ao CVD. Dessa forma, o tema do presente estudo envolve a segurança do paciente e a qualidade da assistência de enfermagem oferecida ao paciente com CVD.

O mérito desse estudo fundamenta-se na possibilidade de enfatizar a importância e a necessidade de se investir no aspecto gerencial que envolve as atividades de enfermagem, visando despertar o enfermeiro para uma reflexão avaliativa de suas funções, o que propiciará elencar os principais entraves relacionados ao CVD. Essas ações poderão contribuir para que estratégias como a educação permanente e a capacitação sejam elaboradas e implementadas, gerando um plano de ação eficaz, o que certamente fortalecerá a prática assistencial, revertendo os benefícios aos pacientes e aos profissionais.

A motivação para realizar esta pesquisa surgiu em decorrência da oportunidade de poder colaborar com a instituição de ensino na qual trabalho, contribuindo para a promoção do cuidado de enfermagem integral, seguro e de qualidade ao paciente, bem como oferecer subsídios que possam despertar nos profissionais de saúde a relevância da temática e a necessidade de desenvolvimento de novas investigações nessa área.

Desta forma, o presente estudo representa parte dos critérios estabelecidos pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM, para obtenção do título de doutor.

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO EM SAÚDE

Atualmente, a questão da segurança do paciente vem sendo alvo de ampla discussão e investigação, partindo da premissa de que os danos decorrentes da assistência afetam diretamente o paciente, o acompanhante e a equipe de saúde.

Nessa perspectiva, a segurança do paciente deve ser compreendida e valorizada como um direito seu, tendo o profissional de saúde o compromisso ético e moral de desenvolver suas atividades, pautadas nesses parâmetros, oferecendo o cuidado seguro e de qualidade ao paciente e sua família (REBRAENSP, 2013; ROQUE; MELO, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como segurança do paciente a diminuição de riscos e danos desnecessários relacionados ao cuidado, a um nível mínimo aceitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Os profissionais de saúde estão expostos e vulneráveis a fatores ambientais, emocionais e institucionais que podem contribuir para a ocorrência de possíveis falhas no cuidado, provindas de tecnologias diversas, sem treinamento adequado, distanciamento das atividades específicas do profissional, desmotivação, falta de sistematização e padronização. O *burn out* é uma realidade entre os profissionais da saúde. Errar é humano, sendo função do sistema gerar estratégias para que o erro não alcance o paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014a; RADUENZ et al., 2010; BECCARIA et al., 2009).

A segurança do paciente torna-se uma questão fundamental a ser discutida, estando diretamente relacionada à qualidade da assistência, sendo necessária sua implementação nos serviços de saúde, vislumbrando o cuidado seguro e a satisfação do paciente e de seus familiares. Nesse sentido, os esforços voltam-se para a prevenção de falhas e para a garantia da segurança de todos os que utilizam os serviços de saúde (CHAU et al., 2015; MULCARE et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; LO et al., 2014; ANDOLHE, 2013; BOHOMOL; TARTALI, 2013).

A qualidade da assistência é um assunto que permeia a literatura em saúde desde os tempos de Hipócrates, passando por Florence Nightingale, Archibald Leman Cochrane, dentre outros (FERNANDES; JÚNIOR; FILHO, 2010), chegando aos dias atuais com as questões que envolvem a segurança do paciente.

A temática ganhou relevância a partir de relatórios divulgados pelo *Institute of Medicine* (IOM), publicado nos Estados Unidos da América, que divulgaram dados negativos em relação aos cuidados em saúde naquele país. O estudo mostrou que de 33,6 milhões de internações,

aproximadamente 44 a 98 mil pacientes morrem em decorrência de eventos adversos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

O termo ‘eventos adversos’ (EADs) aparece definido como complicações indesejadas oriundas do cuidado prestado ao paciente que resultam em danos à saúde, não atribuídos à evolução natural da doença de base e que prolongam o tempo de permanência nas instituições de saúde, causando prejuízos ao paciente, aos familiares e ao sistema de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014b; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013; RADUENZ et. al, 2010). O estudo dos EADs foi um marco referencial que deu início às atividades de prevenção, vislumbrando melhorar a qualidade da assistência em saúde.

A OMS indica que os EADs são responsáveis por causar lesões incapacitantes e mortes em dezenas de milhões de pessoas em todo o mundo anualmente e informa que a cada dez pessoas que necessitam de cuidados com a saúde, pelo menos uma sofre as consequências decorrentes dos EADs (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Apesar dos esforços da OMS na busca de metodologias para detecção dos EADs, acredita-se em sua incidência entre 2,9 a 16,6 a cada 100 pacientes hospitalizados (MENDES, et.al, 2005).

Estudo evidencia que nos Estados Unidos da América, os EADs apareceram em 74% dos pacientes hospitalizados; já no Brasil, em Recife, 84% dos pacientes de uma UTI neonatal sofreram EADs. Dentre os incidentes mais comuns encontram-se: uso de medicamentos, infecções associadas aos cuidados, lesões cutâneas, problemas na ventilação mecânica e perda de cateter vascular, todos associados a fatores humanos. A capacitação da equipe de saúde aparece como recurso essencial para amenizar os EADs (BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; LANZILLOTTI et. al, 2015; EVELYN LO et al., 2014).

O processo de cuidar requer ações dos profissionais envolvidos, sendo que essas vislumbram benefícios para o paciente. No entanto, nem sempre o cuidar está isento de falhas, o que pode ocasionar riscos e danos, estando os pacientes que permanecem maior tempo hospitalizados, propensos a sofrer as consequências dos EADs (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Pesquisas revelaram que os EADs foram responsáveis por elevar a taxa de mortalidade nos Estados Unidos, além de onerar financeiramente o sistema de saúde, pelo aumento considerável do tempo de permanência hospitalar, além de resultar em morte dos pacientes, vinculadas a práticas inadequadas em saúde (MAGILL et al., 2014; NUNES, et. al, 2014; RADUENZ et. al, 2010; WHO, 2008; MENDES, et.al, 2005). Assim, estudos estão sendo

desenvolvidos com intuito de formular os conceitos de qualidade da assistência e segurança do paciente, visando a propor medidas que minimizem os riscos e suavizem os EADs (SAINT et al., 2016; MULCARE et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; PEREIRA; SOUZA; FERRAZ, 2014; VOLLMAN, 2013; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Essa temática se tornou alvo de estudos no Brasil na década de 1990, período no qual a ênfase para a ocorrência dos EADs relacionava-se a questões vinculadas aos recursos estruturais como jornadas de trabalho com rotatividade, baixa remuneração e qualidade de vida, além de condições físicas do paciente (gravidade, mortalidade, infecções), associadas à carga de trabalho excessivo (PELLICIOTTI, 2009).

No contexto do cuidado, os EADs estão diretamente relacionados a desprestígio profissional, vergonha e punições, além de associações como desatenção, desmotivação e treinamento insuficiente. Porém, admitir e relatar o erro pode contribuir para elucidar as falhas no processo de cuidar, determinando estratégia valiosa para a qualidade e segurança do cuidado (DAVIS et al., 2014; ANDOLHE, 2013; ROQUE; MELO, 2010).

Frente à repercussão internacional dos relatórios da IOM, evidenciando a necessidade de se repensar e estruturar o cuidado à saúde, a OMS promoveu, em 2002, a estruturação de um grupo de estudos relacionado a essa temática que, posteriormente, foi nominado como programa de Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Os objetivos específicos do grupo visam a construir um parâmetro para a prática assistencial segura e propor eixos de atuação para as instituições de saúde, com a finalidade de identificar ações que viabilizem formular diretrizes e estratégias voltadas para a segurança do paciente nos serviços de saúde, possibilitando promover mudanças dessa realidade no cenário mundial (ANVISA, 2014a; KREIN et al., 2013).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente consta de seis ações, que envolvem a segurança do paciente. São elas: identificar os pacientes; melhorar a comunicação entre profissionais; melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; cirurgias com local, procedimentos e paciente corretos; reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado de saúde – higiene das mãos; reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas (ANVISA, 2014a; ANVISA, 2014b; SAINT et al., 2013; FAKIH et al., 2012; WHO, 2009).

No Brasil, esforços têm sido somados no sentido de gerar iniciativas específicas no campo de segurança do paciente, visando promover e proteger a saúde. Assim, foram instaurados o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, o processo de acreditação e a rede Sentinela, além do desenvolvimento de estudos e realização de eventos de cunho científico sobre essa temática (ANVISA, 2014a; ANVISA, 2014b).

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em abril de 2013, com a finalidade de qualificar o cuidado em saúde, priorizando a segurança do paciente, dos profissionais de saúde e do ambiente de assistência através da redução de EADs (ANVISA, 2014a; ANVISA, 2014b). O PNSP foi considerado como um marco referencial que estabelece no Brasil o compromisso com a assistência segura, dando destaque à educação permanente como norteadora para a segurança e qualidade do cuidado em saúde (REBRAENSP, 2013).

São objetivos do PNSP: implementar iniciativas que visem a segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde, contribuindo para a qualificação do cuidado; envolver pacientes e familiares nesse processo; gerar acessibilidade às informações relativas à segurança do paciente; produzir e difundir os conhecimentos nessa temática, inclusive nos institutos de formação acadêmica (BRASI, 2014a).

É evidente que a segurança do paciente é uma temática relevante para a área de saúde sendo foco de discussões importantes. No entanto, os profissionais precisam ampliar e aprimorar seus conhecimentos sobre o tema, sendo necessário incentivar o desenvolvimento de pesquisas científicas nessa área.

Torna-se significativo destacar a necessidade de reflexão sobre as questões que envolvem a segurança do paciente nos serviços de saúde, reconhecendo-as como fator singular para alcançar a qualidade da assistência, sendo que o cuidado seguro, livre de danos ao paciente, somente é possível quando as ações dos profissionais refletem o compromisso com a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A temática se mostra complexa e abrangente, sendo necessário o estímulo e o incentivo institucional e o interesse dos profissionais de saúde em se capacitar e atualizar seus conhecimentos, tornando possível a prevenção de falhas no processo de cuidado à saúde e, consequentemente, na promoção da assistência segura.

A segurança do paciente não é uma questão que envolve somente os profissionais de saúde, essa deve resultar em uma associação entre ações corretas e envolvimento profissional; processos e sistemas adequados nos serviços, coligados a políticas governamentais regulatórias e constantes (REBRAENSP, 2013; BRASIL, 2010).

Com o objetivo de prevenir os EADs relacionados ao cuidado, o Ministério da Saúde elaborou e propôs protocolos de segurança. No entanto, para que seja possível a redução dos riscos e danos à saúde, é necessário que ocorram mudanças na cultura profissional, em relação aos aspectos que envolvem a segurança do paciente, sendo a capacitação da equipe de saúde considerada um dos critérios para o alcance de resultados positivos (BELL; ALAESTANTE;

FINCH; 2016; CHAU et al., 2015; MULCARE et al., 2015; LO et al., 2014; SCOTT et al., 2014; TOMINAGA et al., 2014; ANVISA, 2013; VOLLMAN, 2013).

Portanto, para que se possa vislumbrar o cuidado seguro, é necessário consolidar uma cultura de segurança do paciente nas instituições, fundamentada em práticas, valores, atitudes e ações comportamentais que busquem evitar, prevenir e reduzir os EADs provenientes do cuidado, servindo de alicerce para os profissionais de saúde (CHAU et al., 2015; MULCARE et al., 2015; BOHOMOL; TARTALI, 2013; VOLLMAN, 2013).

Diante desse contexto, é necessário desenvolver um processo de reflexão e questionamento quanto às necessidade e importância de se investir na cultura de segurança do paciente, buscando qualificar os profissionais e reduzir a ocorrência dos EADs. Essa pode ser estratégia eficaz para despertar nos profissionais atitudes que visem a promover um cuidado seguro, de qualidade, minimizando falhas no processo geral de atenção à saúde.

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO VERTENTE PARA A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL RELACIONADA AO CVD E À QUALIDADE DO CUIDADO

O principal objetivo da hospitalização é oferecer assistência com o mínimo, ou ausência total de falhas relacionadas ao cuidado, que possam comprometer em qualquer aspecto a segurança do paciente. Entretanto, muitas vezes as situações fogem do controle profissional e acabam por expor o paciente às complicações provenientes da hospitalização (BECCARIA, 2009).

A infecção hospitalar constitui um problema relevante na área da saúde, pois além de elevar os custos da hospitalização, prolonga a internação e aumenta a morbimortalidade, evidenciando a deficiência na qualidade da assistência oferecida ao paciente. Durante a internação os procedimentos invasivos contribuem significativamente para o aumento do índice de infecção. Destaque para o CVD, cateter venoso central e ventilação mecânica (SAINT et al., 2016; LO et al., 2014; PRATES et al., 2014).

A infecção do trato urinário (ITU) é um sítio frequente de infecção que acomete homens e mulheres, na comunidade ou hospitalizados, representando um importante problema de saúde, sendo a doença infecciosa bacteriana mais comum na população (SAINT et al., 2016; LO et al., 2014; MAGILL et al., 2014; GRABE et al., 2013; SAINT et al., 2008).

Alguns grupos de risco estão mais suscetíveis ao desenvolvimento e complicações causadas pela ITU, dentre eles pode-se citar idosos, gestantes, pacientes imunossuprimidos, pessoas com disfunções renais e pacientes institucionalizados. A incidência de infecção urinária

em pacientes hospitalizados é duas vezes maior do que em pessoas no domicílio, sendo que a ITU, associada ao uso do cateter vesical representa aproximadamente 40% dos quadros infecciosos hospitalares (LO et al., 2014; MAGILL et al., 2014; PRATES et al., 2014; GRABE et al., 2013; SAINT et al., 2008).

No ambiente hospitalar, de 20 a 50% dos pacientes necessitam de instrumentação do trato urinário, sendo esse motivo de preocupação em relação às infecções urinárias (LO et al., 2014; CONTERNO; LOBO; MASSOM, 2011; QUEIRÓS et al., 2011).

A ITU se relaciona diretamente ao CVD e está entre os quatro tipos mais frequentes de infecção hospitalar. Independente da faixa etária, é considerada a segunda causa mais comum de infecção. Entretanto, os meios para sua prevenção são simples e envolvem questões como a higienização das mãos; manutenção da higiene do períneo e do meato uretral; mobilização do cateter, garantindo higiene completa; prevenção de trauma tecidual durante a inserção; manutenção de fluxo urinário desobstruído e antisepsia adequada. Ações de execução simples, o que justifica investir em esforços para o controle da ITU (SAINT et al., 2016; LO et al., 2014; MAGILL et al., 2014; CHENOWETH; SAINT, 2013; MAZZO et al., 2012; QUEIRÓS et al., 2011).

O risco de infecção urinária decorrente de CVD é maior do que no cateterismo de alívio, devido a fatores como utilização de sistema fechado, tempo de permanência, técnica de cateterismo, qualidade do cuidado durante a inserção e manutenção do cateter, traumatismo do trato urinário (CARTER et al., 2016; SAINT et al., 2016; LO et al., 2014; MAZZO et al., 2012; CONTERNO et al., 2011; QUEIRÓS et al., 2011; SAINT et al., 2008).

Considerando que a intervenção do CVD é amplamente utilizada em pacientes graves no âmbito hospitalar, torna-se relevante identificar os EADs relacionados, vislumbrando melhorar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado em saúde (GUCWA et al., 2016; SAINT et al., 2016; CHAU et al., 2015; LO et al., 2014; ROQUE; MELO, 2010).

A permanência do CVD pode predispor a complicações como pielonefrite, disfunção renal e sepse, condições que aumentam o tempo de hospitalização, a quantidade de antibióticos e as morbidades correlacionadas (LO et al., 2014; MAZZO et al., 2012). Dentre as medidas para prevenção das infecções urinárias, as mais importantes são evitar o uso de CVD e promover sua retirada tão logo seja possível. Prevenir a ITU é a melhor estratégia para reduzir a morbimortalidade e os custos com o tratamento da infecção (SAINT et al., 2016; LO et al., 2014; MAGILL et al., 2014; CHENOWETH; SAINT, 2013; KREIN et al., 2013; SAINT et al., 2013; FAKIH et al., 2012).

Nessa perspectiva, a qualificação profissional é um aspecto crucial para o cuidado, sendo evidente a necessidade de incentivar esforços nessa área. Apesar das padronizações técnicas existentes, muitos profissionais não possuem conhecimento necessário quanto às indicações, complicações e práticas que podem reduzir ou evitar os EADs, relacionados à instrumentalização do trato urinário, quadro esse que pode se agravar por situações com diferentes contextos sociais, econômicos e políticos que vigoram nas instituições (GUCWA et al., 2016; CARTER et al., 2016; SAINT et al., 2013; FAKIH et al., 2012; MAZZO et al., 2012).

Outro aspecto considerado relevante nessa temática é a baixa aderência às padronizações das intervenções de enfermagem, comumente encontradas em diversos serviços de saúde. A sistematização das ações é uma vertente fundamental para o cuidado. Evidências científicas, específicas ao CVD, necessitam ser discutidas durante a formação dos profissionais, pois resgatam questões como interação, orientação e respeito ao paciente, além de evidenciar medidas básicas de prevenção da ITU durante o processo de instrumentalização do mesmo (SAINT et al., 2016; LO et al., 2014; MAGILL et al., 2014; CHENOWETH; SAINT, 2013; MAZZO et al., 2012).

Fica evidente a necessidade de se investir em ações educativas que visem a fortalecer o aprendizado no contexto da prática profissional, buscando os preceitos da educação permanente como ferramenta facilitadora. Trata-se de uma estratégia voltada para a problematização do processo de trabalho em saúde, com objetivo específico de transformar a prática profissional e a própria organização do trabalho, tendo por fundamentação as necessidades de saúde das populações, a estruturação da gestão e o fortalecimento dos vínculos entre a formação e a execução das atividades, visando ao crescimento profissional em longo prazo e não em ações isoladas (ANVISA, 2013; BRASIL, 2009).

A educação permanente pode ser entendida como uma metodologia eficiente para ensinar, capacitar, qualificar e promover melhorias na gestão, englobando questões holísticas do processo de trabalho através do envolvimento do trabalhador nesse processo (TENKE et al., 2017; SCHWARTZ et al., 2015; DAVIS et al., 2014; LO et al., 2014; SANTOS; COUTINHO, 2014; TOMINAGA et al., 2014), estratégia essa que propicia desenvolver o conhecimento sob uma ótica diferente, facilitando a aprendizagem. Assim, o processo de aprender e ensinar pode ser incorporado à prática assistencial, pautado em uma aprendizagem significativa e na transformação do contexto de trabalho dos profissionais, considerando os problemas encontrados, os conhecimentos e as experiências já constituídas (BRASIL, 2009).

Esse novo paradigma de aprendizado fortalece a prática assistencial, o que gera mudanças institucionais. Isto distingue-se da capacitação que, mesmo buscando aprimorar o

conhecimento profissional, não promove transformações globais. Pode-se, então, dizer que nem toda capacitação se reverte em educação permanente, mas várias ações de capacitação podem estar contidas dentro de um processo de educação permanente (BRASIL, 2009).

A capacitação visa, por meio de ações intencionais e planejadas, fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas institucionais. Seus fundamentos não devem ser desmerecidos, uma vez que se estabelece como estratégia eficaz para enfrentar os problemas de aprendizagem e, conseqüentemente, de desenvolvimento dos serviços de saúde. Dessa forma, espera-se que os componentes da capacitação contribuam para as estratégias de mudanças no contexto do trabalho (BRASIL, 2009).

A reorientação das práticas de saúde é um fator de extrema importância para a qualidade do cuidado, sendo a educação permanente o caminho através da atualização técnico-científica para alcançar a universalidade, a integralidade e a equidade da assistência e dos serviços de saúde (GUCWA et al., 2016; MIZEREK et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015; DAVIS et al., 2014; LO et al., 2014; FAKIH et al., 2014; HEBEN, 2014; SANTOS; COUTINHO, 2014; TOMINAGA et al., 2014).

Por meio da capacitação profissional é possível inovar e promover a qualificação dos profissionais de saúde, o que se relaciona diretamente com a qualidade do cuidado. O referencial abordado deve vislumbrar o processo de trabalho e as mudanças que podem ocorrer para transformar os profissionais e a prática assistencial, promovendo uma atuação crítica, reflexiva, compreensiva e tecnicamente correta (PAIM; ILHA; BACKES, 2015; SANTOS; COUTINHO, 2014).

Investir na capacitação e atualização da equipe de saúde mostra-se um elemento de aporte para a qualidade do cuidado de enfermagem. Estratégias educativas, vislumbrando a prevenção e o controle dos EADs, podem refletir em um cuidado seguro ao paciente (BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; OLIVEIRA et al., 2015; LO et al., 2014; KREIN et al., 2013).

Apesar da redução dos riscos para ITU estar diretamente relacionada à capacitação profissional, um dos grandes obstáculos para as instituições ainda está pautado na dificuldade de mudar hábitos já existentes e sedimentados, o que nos remete à necessidade de investir na formação acadêmica e atualização desses profissionais (SAINT et al., 2016; MAGILL et al., 2014; KREIN et al., 2013; MAZZO et al., 2012).

Avaliar continuamente os profissionais em relação à prática de instrumentação do trato urinário é considerada uma estratégia fundamental que viabiliza melhorar a qualidade do cuidado e instituir programas operacionais que possam contribuir para mudanças efetivas no

controle das ITUs (GUCWA et al., 2016; SAINT et al., 2016; SAINT et al., 2013; FAKIH et al., 2012; CONTERNO, 2011).

O controle dos processos de trabalho relacionados ao CVD requer avaliações rigorosas do cuidado oferecido. Porém, para que seja possível realizar essa análise, é preciso que sejam estabelecidos critérios, parâmetros mensuráveis que possam servir como indicadores de qualidade (GUCWA et al., 2016; SAINT et al., 2016; SAINT et al., 2013; FAKIH et al., 2012; BECCARIA, 2009).

Nesse sentido, o enfermeiro tem função definidora na prevenção da ITU decorrente do CVD, pois desempenha um papel relevante na promoção da saúde junto a pacientes que necessitam do CVD.

Todo esse discurso vem ao encontro da resolução do COFEN nº 450/2013, que normatiza a intervenção de sondagem vesical, considerando-a invasiva e de risco ao paciente, expondo-o à ITU e/ou trauma uretral ou vesical. Requer cuidados de enfermagem com maior complexidade técnica, conhecimento científico e capacidade de tomada de decisão, além de rigor técnico-científico, sendo sua execução função privativa do enfermeiro.

Apesar da formação acadêmica do enfermeiro, é evidente a necessidade de aprimorar conhecimentos técnicos científicos, buscando um diferencial para a melhoria da assistência de enfermagem (CHAU et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; MAZZO et al., 2012), possibilitando reavaliar todo o processo de preparo e intervenção do CVD.

Estratégias educativas como discussões multidisciplinares, pautadas em princípios científicos, são primordiais para assegurar qualidade ao cuidado de enfermagem. Também merece atenção especial por parte dos enfermeiros, a idealização de uma prática de saúde emancipatória, associada a conhecimentos específicos, que incorpore evidências científicas para a elaboração de protocolos e normas de trabalho (BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; CHAU et al., 2015; MULCARE et al., 2015; LO et al., 2014; FAKIH et al., 2014; TOMINAGA et al., 2014; KREIN et al., 2013; MAZZO et al., 2012).

Oportuno destacar a educação permanente como condição essencial ao exercício da enfermagem. Ela deve estar implícita nas atividades gerenciais do enfermeiro, visando a fortalecer a prática assistencial e oferecer o cuidado com qualidade e segurança, por meio de redução da ocorrência de possíveis EADs relacionadas ao CVD. A estratégia, associada à adesão dos protocolos assistenciais, pode se revelar eficaz para diminuir os índices de ITU associadas ao CVD e garantir a segurança dos profissionais, do paciente e dos acompanhantes.

A segurança do paciente é um tema relevante que tem sido amplamente discutido na literatura mundial relacionada à saúde, fato decorrente da elevada incidência de EADs que acometem os pacientes (COSTA, et al. 2016).

Os profissionais de saúde possuem conhecimento da importância do tema para garantir a assistência sem danos ao paciente, porém a resistência em seguir as recomendações propostas nos *Guidelines* que normatizam o assunto ainda é um aspecto evidente, que compromete a assistência (COSTA, et al. 2016).

Estudos relacionados à segurança do paciente têm despertado os profissionais para a necessidade de se repensar uma prática de saúde segura, porém ainda é possível perceber lacunas impactantes à qualidade e segurança da assistência, causando prejuízos para os pacientes e profissionais.

Frente a esse contexto, podemos afirmar que as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e adquiridas no âmbito hospitalar, constituem um dos mais relevantes problemas de saúde no Brasil, pois ainda é grande o número de pacientes que adquirem algum tipo de infecção durante a hospitalização (MAGALHÃES, et al., 2014; CALFEE, 2012; WHO, 2009)

Dentre as principais afecções responsáveis por grande parte das IRAS, pode-se destacar a ITU, associada ao CVD (ANVISA, 2013). Essa é uma situação relevante interferente direta na ocorrência dos EADs, mas ao mesmo tempo é considerada passível de interveniência, pois medidas simples e eficazes de prevenção e controle de infecções podem minimizar os riscos e danos decorrentes.

Nesse sentido, vale salientar a necessidade e a importância de se reorientar as práticas de saúde, pautadas em especial na educação permanente, visando ações de prevenção e redução das complicações da ITU relacionada ao CVD, para que seja possível garantir a segurança e qualidade do cuidado

A relevância do estudo fundamenta-se na possibilidade de avaliar EADs relacionados ao CVD e, através de ações específicas desenvolvidas junto aos enfermeiros, vislumbrar a capacitação e o treinamento dos mesmos, buscando resultados que favorecerão para uma ampla reflexão dessa realidade, viabilizando possíveis mudanças de hábitos e atitudes que poderão contribuir para prevenir os EADs e oferecer o cuidado seguro aos pacientes hospitalizados e submetidos ao CVD.

Esse processo desvela-se imprescindível frente aos índices de infecção urinária e complicações decorrentes do CVD, que apontam para a necessidade de se investir em capacitação dos profissionais segundo padronizações existentes, abordando aspectos relacionados às intervenções de enfermagem e segurança do paciente e não somente a execução

técnica propriamente dita. Esses aspectos podem colaborar para o alcance e a manutenção da assistência segura.

Espera-se que ao finalizar o processo de investigação possa ocorrer a sensibilização efetiva dos profissionais, gerando uma ação reflexiva em relação à quantidade de ocorrências e aos tipos mais comuns de EADs relacionados ao CVD e, ainda, às implicações para os pacientes e profissionais. Acredita-se que todo esse processo possa estimular os enfermeiros a adotar práticas de saúde melhores e mais seguras, propiciando um cuidado de enfermagem de qualidade aos pacientes.

Diante da importância dessa temática, a proposta desse estudo está vinculada à segurança do paciente e pretende identificar os possíveis entraves relacionados ao CVD, segundo a percepção dos enfermeiros, bem como reconhecer as consequências decorrentes dessa intervenção e suas implicações positivas e negativas para o profissional e para o paciente. Todos esses aspectos se voltam para um objetivo maior de aprimorar a assistência de enfermagem e a qualidade do cuidado.

Assim os questionamentos fundamentais do estudo são: O CVD é uma intervenção de domínio teórico e prático para os enfermeiros? Existem erros técnicos na execução da referida intervenção pelo profissional? Quais são as principais dificuldades encontradas por eles na realização dessa intervenção? Como os enfermeiros se comportam frente aos EADs relacionados ao CVD? Os protocolos de assistência são seguidos durante o processo da intervenção de CVD? Os profissionais conhecem os pressupostos relacionados à segurança do paciente? Quais são as consequências e implicações dessa intervenção para o paciente e para os profissionais?

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as circunstâncias que envolvem os eventos adversos relacionados ao cateterismo vesical de demora segundo percepção dos enfermeiros.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros;
- b) Identificar e descrever os fatores intervenientes na execução do cateterismo vesical de demora percebidos pelos enfermeiros no seu cotidiano de trabalho.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa dos dados. A relevância da pesquisa descritiva se pauta na possibilidade de descrever fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987). Possui como finalidade a observação, a documentação e a descrição de características que se relacionam com o fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Esse tipo de estudo propicia uma visão ampla da realidade observada.

A pesquisa qualitativa tem como principal objetivo buscar respostas para questões particulares que não podem ser quantificadas ou generalizadas, fundamentando-se no universo amplo dos significados, valores, crenças, atitudes, um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002). Nessa perspectiva qualitativa, as Ciências Sociais fundamentam as pesquisas na área de enfermagem quando as investigações se voltam para os fenômenos que envolvem a prática profissional (MONTEIRO et al., 2010; GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008; MINAYO, 2002).

A abordagem qualitativa oferece aos enfermeiros um universo empírico de investigação, a utilização de estratégias metodológicas específicas e, ainda, técnicas de pesquisa que garantem o rigor científico e a evidência dos resultados da investigação (MONTEIRO et al., 2010).

A metodologia qualitativa permite a avaliação de fenômenos (visíveis ou ocultos), que são imensuráveis, mas que possuem características dos “fatos humanos”. Através de técnicas de pesquisa e análise, essa abordagem permite apreender aspectos rotineiros da vida do indivíduo, compreendendo os fenômenos pelos significados que as pessoas lhes atribuem (FLICK, 2009; MUCCHIELLI, 1991).

A abordagem qualitativa se mostra, portanto, adequada para desvelar, na perspectiva dos enfermeiros, os aspectos que limitam e que facilitam o CVD e os possíveis EADs decorrentes.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O local de escolha para o desenvolvimento desse estudo foi o HC-UFTM, situado na cidade de Uberaba, MG.

A UFTM é instituição pública, qualificada para o ensino. Possui tradição na formação de profissionais da saúde e tem como campo de prática das atividades acadêmicas (cursos técnicos, de graduação e pós-graduação – *lato sensu e stricto sensu*) o HC.

O hospital é considerado referência para o atendimento às urgências de alta complexidade que demandam alta densidade tecnológica e tratamentos especializados na área de abrangência de Uberaba e região, envolvendo 27 municípios da região Triângulo Sul. Todos os atendimentos são realizados exclusivamente pelo SUS.

O HC é caracterizado como de grande porte (292 leitos), realiza atendimentos em diversas especialidades e possui áreas de internação hospitalar, atendimento ambulatorial, pronto atendimento e serviços de diagnósticos e tratamentos especializados.

No ano de 2013, a gerência do HC passou a ser realizada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com compromisso de readequação dos recursos humanos e da melhoria na qualidade de assistência.

5.3 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

O cenário de investigação escolhido para o desenvolvimento desse estudo foi o PSA do HC-UFTM.

Ao longo dos anos, o campo fez parte da trajetória do pesquisador, sendo local de formação acadêmica do mesmo, onde já desenvolveu atividades docentes - enfermeiro plantonista no período de 2008 a 2014 e, atualmente, ainda desenvolve atividades docentes. Assim, a proximidade do pesquisador com o campo, foi uma condição facilitadora que permitiu elencar o PSA como campo de estudo, pois possibilitou a observação direta de situações vinculadas à temática. Além disso, outros aspectos contribuíram para essa escolha, como número de enfermeiros; número de pacientes em primeiro atendimento de alta complexidade, que necessitam de CVD e que exigem dos profissionais habilidade técnico-científica, agilidade e precisão no desenvolvimento das intervenções.

O PSA está instalado no primeiro andar do HC, sendo porta de entrada para pacientes em situação de urgência e emergência. Atualmente, conta com 20 leitos de internação (enfermarias), dois leitos de isolamento, uma sala de procedimentos, em média 30 leitos para atendimentos de observação e uma sala de atendimento de urgência, com quatro leitos disponíveis, porém, com média de ocupação superior a quatro pacientes.

O fluxo de atendimento diário no PSA é grande, sendo o controle da demanda realizado pelo sistema de regulação - SUS fácil. Assim, são recebidos pacientes em situação de urgência

e emergência, pacientes de atendimento com porta aberta (oftalmologia, hematologia e doenças infecciosas) provindos dos ambulatórios de especialidades, da rede municipal de atendimento primário e dos municípios da macro região Triângulo Sul.

Nessa unidade são atendidas as especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, cardiologia, urologia, infectologia, hematologia, cirurgia plástica, vascular, neurocirurgia, neuroclínica, otorrinolaringologia, oftalmologia e traumatologia e ortopedia. Além das diversas especialidades, a unidade ainda conta com serviços de diagnósticos por imagem, e serviço de acolhimento que possui coordenação e atuação de enfermeiros.

O número de enfermeiros da unidade, à época da coleta de dados, constava de seis no período matutino, sete no vespertino, oito em um noturno e seis no outro, totalizando 27 profissionais, sendo que em alguns turnos havia defasagem de profissionais.

No PSA, a divisão do serviço entre os enfermeiros ocorre por meio de escala de serviço na qual os profissionais realizam os plantões em forma de rodízio, executando suas atividades em locais alternados entre enfermarias, corredor e sala de urgência.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para a garantia da representatividade, optou-se por realizar a pesquisa com todos os enfermeiros da referida unidade, nos três turnos de trabalho. No PSA, como já mencionado, as atividades são rotativas, estabelecidas por escala de revezamento. Assim, todos os profissionais prestam assistência na sala de atendimento emergencial e em todas as áreas da unidade, realizando e avaliando as situações relacionadas ao CVD.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, trabalhar no PSA há pelo menos dois meses (tempo considerado necessário à adaptação desse profissional às rotinas), e concordar em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). Os critérios de exclusão foram estar ausente do trabalho em decorrência de afastamento legal das atividades laborais no período de coleta dos dados, não conseguir realizar o agendamento da entrevista por três vezes consecutivas, ou não concordar em participar do estudo.

5.5 ESTRATÉGIAS PARA COLETA DOS DADOS

Nesta investigação, para o alcance dos objetivos propostos, foi adotado como procedimento metodológico a Técnica do Incidente Crítico (TIC), sendo a coleta de dados conduzida pela entrevista semiestruturada.

A TIC se fundamenta em um conjunto de procedimentos para coletar dados relevantes, provenientes de observações diretas do comportamento humano, possuindo utilização potencial na solução de problemas de origem prática e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004; FLANAGAN, 1973).

Portanto a TIC é um método que busca formular as exigências necessárias para a execução de um desempenho eficaz no trabalho, partindo do pressuposto de que, ao analisar incidentes relatados por pessoas qualificadas, é possível realizar julgamentos eficientes ou não para atender aos objetivos do trabalho. Método de registro de comportamentos humanos, que viabiliza observações e avaliações sistematizadas (NOGUEIRA, et al., 1993).

Para Polit, Beck e Hungler (2011), a TIC consiste em um método utilizado para coleta de dados referentes ao comportamento humano, que permite avaliar um episódio completo e passível de observação. Como vantagens, apontam a flexibilidade da técnica, a possibilidade de apreender informações úteis sobre o tema, por se basear em comportamentos e não somente em planos e atitudes, e por apresentar uma coleta de dados facilitada pela entrevista. A única desvantagem apontada pelos autores se pauta no fato da qualidade dos dados estar relacionada à capacidade de comunicação entre os envolvidos no processo.

A utilização da TIC foi proposta pelo Dr. John C. Flanagan, no ano de 1941, em virtude de sua participação no Programa de Psicologia da Aviação da Força Aérea dos Estados Unidos da América, durante a Segunda Guerra Mundial, com objetivo de elaborar procedimentos que permitissem selecionar e classificar tripulações (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004; FLANAGAN, 1973).

A primeira aproximação da TIC no Brasil aconteceu em 1968, com o desenvolvimento de trabalhos e cursos ministrados pelo Prof. Dr. Paul Stephaneck. Já na década de 1970, José Augusto Dela Coleta, pautado nos estudos desenvolvidos por Flanagan, determinou passos importantes que contribuíram para a aplicação da TIC nos processos de análise do trabalho (DELA COLETA, 1972; DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

A TIC é um método eficiente para a coleta de informações relacionadas a aspectos envolvidos no trabalho, com indicação objetiva das exigências críticas, especificamente em temas que envolvam medidas de desempenho, motivação e liderança, treinamento e

psicoterapia (FLANAGAN, 1973). Assim, o método se adequa diretamente à análise das atividades que envolvem a prática de enfermagem, que descrevem o cotidiano de trabalho dos enfermeiros, sendo utilizado em vários estudos (PERBONE; CARVALHO, 2010; MARTINS; CARVALHO, 2008; ZANI; NOGUEIRA, 2006; PUPULIM; SAWADA, 2005; DELA COLETA; DELA COLETA, 2004; VALSECCHI; NOGUEIRA, 2002).

O principal determinante da etapa de coleta dos dados é a questão que será direcionada aos participantes. Estudos que utilizaram esta técnica podem ser citados, os quais utilizaram basicamente duas questões: uma direcionada a coleta de incidentes críticos (ICs) positivos e outra que se refira aos ICs negativos (DELA COLETA, 1974).

A TIC é considerada um método flexível, de ampla aplicabilidade, quando permite que adaptações sejam realizadas frente a diferentes situações. Aspecto que se vincula ao princípio básico de que a coleta simples de interpretações, opiniões, percepções e relatos vagos, cede lugar aos relatos relacionados aos comportamentos específicos, que subsidiam observações e avaliações pertinentes, de interesse comum a determinada situação e que contribuem significativamente para a atividade (FLANAGAN, 1973).

Por conseguinte, a TIC permite o registro dos ICs. Nesse contexto, torna-se oportuno destacar que a compreensão de incidente se relaciona a uma atividade humana observável, sendo completa em si, a ponto de permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que a executa. Para ser considerada como crítica, deve ocorrer uma situação em que a intenção da ação pareça clara ao observador e suas consequências deixem poucas dúvidas em relação a seus efeitos (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004; FLANAGAN, 1973).

Assim, os relatos dos ICs devem exprimir especificamente as situações e os comportamentos relevantes dos profissionais diretamente envolvidos, e as consequências decorrentes, com as devidas implicações positivas e negativas, na perspectiva do relator (DELA COLETA, 1974). Dessa forma pode-se dizer que a técnica prevê o relato de situações que ocorreram ou que foram observadas e relatadas, gerando consequências.

A proposta deste estudo se pautou em utilizar a TIC para analisar as circunstâncias que envolvem os eventos adversos relacionados ao CVD segundo percepção dos enfermeiros. Assim, para a coleta de dados primários, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com questões abertas, previamente elaboradas (APÊNDICE B), as quais permitiram identificar os ICs relacionados ao CVD.

As entrevistas constituem um método de coleta verbal, no qual pesquisador e participante ficam face a face, o que permite uma abordagem mais profunda dos dados,

direcionando a entrevista aos objetivos propostos, além de averiguar as influências verbais e não verbais (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; FLICK, 2009; FRASER; GONDIM, 2004).

As entrevistas semiestruturadas permitem abranger questões de forma mais ampla e através de um roteiro previamente elaborado, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre os aspectos relevantes do tema, porém sem limitar suas colocações, evidenciando o que é relevante na sua percepção (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011, MINAYO, 2008.). Os questionamentos que surgem são básicos, porém apoiados e fundamentados em teorias e hipóteses relacionadas diretamente ao tema. O pesquisador tem a responsabilidade de não deixar escapar o foco principal de investigação, sendo que as repostas dos informantes podem gerar novas hipóteses. Esse tipo de coleta possibilita descrever os fenômenos sociais, propiciando sua compreensão na totalidade (TRIVIÑOS, 1987).

Dela Coleta (1974) descreve um guia das etapas importantes à aplicação da TIC: determinação dos objetivos da atividade a ser executada; elaboração das perguntas a serem aplicadas às pessoas que fornecerão os ICs da atividade a ser analisada; delimitação da população; coleta dos ICs; análise do conteúdo dos incidentes coletados, destacando-se os comportamentos evidenciados; agrupamento e categorização dos comportamentos críticos; levantamento das frequências dos comportamentos críticos positivos e negativos.

Inicialmente foram realizadas reuniões com orientador, pesquisador e pós-graduandos a fim de delimitar as etapas e os objetivos. Sequencialmente, o projeto foi apresentado e discutido com os coordenadores da equipe de enfermagem do PSA, a fim de organizar o processo de pesquisa e, junto com os profissionais, lapidar o roteiro de entrevista para a coleta de dados.

Em etapa subsequente, o roteiro previamente construído, foi submetido à validação aparente e de conteúdo por cinco peritos na temática e metodologia, para que fosse possível averiguar a clareza e funcionalidade do instrumento. Após esse processo, foi realizado teste-piloto, com dois enfermeiros do Pronto Socorro Infantil e com quatro residentes de enfermagem em Urgência e Emergência, visando avaliar as condições de aplicabilidade do instrumento e realizar os ajustes prévios necessários à coleta definitiva. Vale ressaltar que os enfermeiros entrevistados nessa etapa pertenciam ao Pronto Socorro Infantil e não fizeram parte da população do estudo.

Essa fase se mostrou essencial ao estudo, pois permitiu averiguar a objetividade e clareza do instrumento, que se mostrou adequado aos objetivos propostos no estudo, não sofrendo alterações. A técnica de entrevista também foi aprimorada pelo pesquisador, bem como a adequação da linguagem utilizada.

O roteiro utilizado para a condução das entrevistas (APÊNDICE B), possui questões norteadoras, mas não impede que os entrevistados se expressem livremente sobre o tema abordado, o que facilita elencar os aspectos positivos e negativos relacionados ao CVD. Assim, as perguntas que nortearam as entrevistas desse estudo foram: Relate situações facilitadoras e/ou dificultadores que você vivenciou ou observou relacionadas a CVD. Conte-me, de forma imparcial, sem citar nomes, alguma situação específica que chamou sua atenção. O que aconteceu? Qual foi a sua reação? Como as pessoas se comportaram nessa situação? Quais foram as consequências? Como esse acontecimento afetou o paciente?

Os enfermeiros foram convidados pelo pesquisador a participar do estudo e informados quanto aos objetivos e finalidade do mesmo. Mediante escalas de trabalho da unidade, as entrevistas foram previamente agendadas nos três turnos, durante o período de trabalho, sem ônus para os mesmos, conforme a disponibilidade do entrevistado.

As entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora, após assinatura do TCLE (APÊNDICE A) e realizadas individualmente com o entrevistado, em local reservado. Para facilitar o processo, as informações foram gravadas em mídia digital, mediante consentimento prévio do participante. O tempo médio das entrevistas foi de 16 minutos.

A rotina do setor dificultou a coleta dos dados, pois nem sempre o profissional se encontrava disponível no momento em que havia sido agendada a entrevista. Como o setor atende a situações de urgência e emergência, ficava difícil prever essa questão.

Após a conclusão dessa fase, o material foi organizado para dar início a etapa de análise dos dados.

5.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise das entrevistas deve acontecer simultaneamente à coleta dos dados, o que garante a fidedignidade dos mesmos (GERMAIN, 1986). Assim, à medida em que as entrevistas foram realizadas, ocorreu a transcrição das mesmas na íntegra, pelo próprio pesquisador, sendo essas submetidas a leituras exaustivas, o que possibilitou sumarizar os ICs.

As entrevistas foram compiladas conforme a atribuição negativa ou positiva conferida pelo informante, sendo possível identificar as situações inerentes. Sequencialmente, foi realizada nova leitura completa das informações, realizando o agrupamento dos comportamentos e das consequências que representavam cada IC. Informações incompletas, que representavam opiniões, percepções ou julgamentos, não caracterizando ICs, foram descartadas (FLANAGAN, 1973).

Para análise dos ICs, foi utilizada estatística descritiva, que contribuiu para descrição e síntese dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011), possibilitando quantificar as situações, comportamentos e consequências. A análise dos relatos provenientes das situações, dos comportamentos, e as consequências, ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Método utilizado para constatar o sentido nos discursos dos participantes, com observação para o significado relacionado ao objeto analítico, estruturada em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise constitui uma fase em que o pesquisador tem contato com o material adquirido, ocorrendo então sua organização e análise, sistematizando as ideias principais, o que facilita as etapas seguintes (BARDIN, 2011). Assim, após a coleta e transcrição, os dados foram todos organizados e conferidos pela pesquisadora, mediante leituras.

Após a análise de conteúdo de cada IC, foi possível agrupar e categorizar as situações, comportamentos e consequências, com atribuições positivas e negativas agrupadas por similaridade. Essa fase permitiu identificar a frequência das ocorrências, na percepção dos informantes. Todo esse processo de categorização foi realizado com vistas no referencial teórico que conduziu o estudo.

Na fase de exploração do material, os dados brutos são transformados de forma organizada e sistematizada, e através de leitura exaustiva, agregados em unidades de registro, as quais refletem a descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2011).

Para possibilitar a análise do conteúdo dos ICs e facilitar o processo, foram elaborados quadros, que exibiam as falas dos participantes, transcritas fidedignamente, e na íntegra. Para cada entrevista foi elaborado um quadro com suas respectivas situações, comportamentos e consequências bem como as referências positivas e negativas atribuídas (APÊNDICE C).

De posse das informações contidas nos quadros elaborados com cada entrevista, foi realizada nova leitura das mesmas. Processo esse que possibilitou agrupar as situações, comportamentos e consequências, com as respectivas referências positivas e negativas atribuídas, sendo então confeccionados quadros específicos para essa etapa (APÊNDICE D).

Na última etapa proposta por Bardin (2011), tratamento dos resultados, inferência e interpretação, ocorre uma análise crítica e reflexiva das informações coletadas. A codificação possibilita atingir uma representação de conteúdo e de sua expressão. Assim, através da categorização, ocorre a organização e interpretação dos dados, visando a comparar e definir semelhanças e diferenças, agrupando as informações com características comuns.

Nesse contexto, as informações contidas nas situações, comportamentos e consequências, e suas respectivas referências positivas e negativas atribuídas pelos participantes, passaram por leitura exaustiva, com a finalidade de realizar o agrupamento das informações por similaridade de conteúdo (APÊNDICE E).

Esse processo de análise propiciou agrupar as informações semelhantes, sendo então possível categorizar as situações, comportamentos e consequências, com as referidas atribuições positivas e negativas (APÊNDICE F), finalizando a etapa de análise dos dados.

Oportuno destacar que todas as etapas da análise foram guiadas à luz do referencial teórico do estudo.

A análise dos dados requer concentração e abstração por parte do pesquisador, para que não ocorram interpretações e inferências pessoais. Processo lento, de introspecção, leituras repetidas e imersão nos dados. Etapa exaustiva e delicada que contou com o apoio de um perito no método, viabilizando percorrer todas as etapas integralmente.

Para garantir a fidedignidade das informações analisadas, as mesmas foram constantemente revisadas e conferidas. Os dados originais foram analisados repetidas vezes, para que a análise pudesse ser confirmada. Assim, mediante a categorização das informações contidas nos ICs, foram elaboradas as tabelas representativas das situações, comportamentos e consequências inerentes. Dessa análise emergiram as categorias e respectivas subcategorias apresentadas nesse estudo, que reportam precisamente os relatos dos ICs.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram seguidos todos os aspectos éticos e recomendações previstas na Resolução 466/2012 sobre pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde e documentos endossados no seu preâmbulo (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa percorreu todo o tramite acadêmico institucional. Foram enviados ofícios ao Diretor do Instituto de Ciências da Saúde, à Diretora de Enfermagem do HC-UFTM, à coordenadora e ao responsável técnico da unidade de PSA. Após assinados, os documentos foram encaminhados à Gerência de Ensino e Pesquisa da UFTM, comissão diretamente vinculada à Superintendência, que possui a atribuição de prestar apoio técnico para o desenvolvimento de pesquisas científicas. Quando foi autorizado o desenvolvimento da pesquisa nessa instância (ANEXO A), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, apresentando parecer número 1.676.211, com data de 12 de agosto de 2016,

sendo então apreciado e aprovado via Plataforma Brasil com CAAE nº 55744216.7.0000.5154 (ANEXO B). A coleta definitiva foi realizada no período de 13/09/2016 a 20/10/2016, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM.

Todos os participantes da pesquisa (teste piloto e coleta definitiva), foram convidados a participar via TCLE (APÊNDICE A). O documento devidamente assinado pelo pesquisador foi entregue aos participantes, ocasião em que os mesmos receberam explicações claras e precisas, em linguagem acessível, sobre os objetivos, finalidade, e maneira de divulgação do estudo, momento em que foi garantido o anonimato dos participantes.

Os resultados apresentam dados referentes à caracterização dos participantes da pesquisa e à categorização das informações fornecidas pelos enfermeiros do PSA, que segundo as premissas da TIC, descrevem os ICs relatados pelos enfermeiros, evidenciando as situações, os comportamentos e as consequências relacionadas à execução do CVD.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Na época em que os dados foram coletados, a equipe de enfermeiros do PSA/UFTM contemplava 27 profissionais nos três turnos de trabalho (seis no turno matutino; sete no turno vespertino, oito em um noturno e seis em outro), dos quais 20 atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 74,1% dos enfermeiros.

Dos sete (25,9%) enfermeiros que não participaram do estudo, três foram excluídos por se encontrarem em gozo de férias na época da coleta definitiva, dois se recusaram a participar do estudo alegando indisponibilidade por falta de tempo, um foi demitido e um trocou de setor devido à gestação (os dois últimos sem reposição até o final do período de coleta).

Apesar de dois profissionais terem se recusado a participar do estudo, não houve dificuldade na abordagem dos enfermeiros para a coleta dos dados. Todos demonstraram disponibilidade em participar e interesse em responder aos questionamentos da pesquisa. Muitos indagaram sobre os benefícios que a pesquisa poderia trazer ao serviço, ressaltando que gostariam de ter acesso aos resultados. A coleta transcorreu sem intercorrências.

Assim, a categorização dos profissionais que participaram do estudo está representada na Tabela 1, relacionando as frequências e os percentuais das variáveis: idade, sexo, tempo de formação profissional, de atuação na área hospitalar e de atuação na unidade.

TABELA 1 - Caracterização dos enfermeiros (n=20) da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, segundo variáveis de idade, sexo, tempo de formação profissional, de atuação na área hospitalar e de atuação na unidade, Uberaba – MG, 2016

VARIÁVEIS		
Idade (anos)	n	%
25 f 30 = 5	5	25,0
31 f 35 = 9	9	45,0
36 f 40 = 4	4	20,0
41 f 46 = 2	2	10,0
Total	20	100,0
Sexo		
Feminino	15	75,0
Masculino	05	25,0
Total	20	100,0
Tempo de formação (anos)		
01 f 03	01	5,0
03 f 06	04	20,0
06 f 09	03	15,0
09 f 12	07	35,0
12 f 15	01	5,0
15 f 18	02	10,0
18 f 21	02	10,0
Total	20	100,0
Tempo atuação na área hospitalar (anos)		
≤ 01	01	5,0
01 f 03	07	35,0
03 f 06	07	35,0
06 f 09	02	10,0
09 f 12	02	10,0
12 f 15	0	0
15 f 18	0	0
18 f 20	01	0,5
Total	20	100,0
Tempo de atuação na unidade (anos)		
≤ 01	02	10,0
01 – 03	17	85,0
03 – 06	0	0,0
06 – 09	0	0,0
09 – 12	01	5,0
Total	20	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Os dados demonstram que no quadro de enfermeiros do PSA/UFTM predominam profissionais jovens, na faixa etária de 31 a 35 anos, perfazendo um total de 45,0%, sendo a maioria do sexo feminino (75,0%). Em relação ao tempo de formação profissional houve predomínio de nove a 12 anos (35,0%), sendo que a maioria dos profissionais desenvolve suas atividades na área hospitalar, num período de um a seis anos (70%) e, especificamente, no PSA/UFTM, de um a três anos (85%).

A predominância de enfermeiros do sexo feminino é um resultado esperado, embora o paradigma que a enfermagem seja uma profissão expressivamente feminina venha mudando ao longo dos anos. Estudos corroboram com essa situação de predomínio do gênero feminino dentre os profissionais de enfermagem (LUCHTEMBERG; PIRES, 2016; GOMES, 2014; RIBEIRO et al., 2014; SOUZA et al., 2014; PEREIRA et al., 2013). A faixa etária predominante de adultos jovens delinea profissionais maduros, capazes de desenvolver suas atividades e relações de forma equilibrada (LUCHTEMBERG; PIRES, 2016; SOUZA et al., 2014). Para Gomes (2014), a prevalência de profissionais jovens em unidades de urgência e emergência se relaciona ao fato de que o trabalho intenso, característico dessa unidade, dificulta a permanência de pessoas com idade mais avançada.

O tempo de formação dos profissionais demonstra que a equipe possui um grau de expertise elevado em relação à profissão e em relação às atividades na área hospitalar. Estudos apontam que profissionais que trabalham há mais tempo em um serviço, se comparados àqueles com contrato recente, possuem melhor experiência e familiaridade das rotinas, melhor compreensão das demandas da unidade e de suas funções, porém estão mais predispostos ao desgaste físico e psíquico, próprio dos serviços de urgência e emergência (ANGELIM; ROCHA, 2016; LUCHTEMBERG; PIRES, 2016). A experiência profissional pode ser entendida como um fator positivo quando evidencia características como habilidade e agilidade para o atendimento rápido, seguro e com qualidade (GOMES, 2014).

A atuação específica na unidade de urgência também está bem fundamentada em relação ao tempo, porém cabe ressaltar que alguns enfermeiros tiveram contato com essa área de atuação somente quando foram admitidos na unidade de PSA/UFTM, informação que talvez justifique os relatos de dificuldades técnicas em situações de emergência. Gomes (2014) destaca que, apesar do atendimento de urgência requerer atuação especializada dos profissionais, é comum ocorrer o ingresso de profissionais inexperientes nessa unidade, para fins de treinamento.

6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES CRÍTICOS

Nesse estudo, os ICs emergiram de relatos dos enfermeiros, evidenciando aspectos positivos e negativos envolvidos na execução do CVD e os EADs correspondentes para o paciente atendido em situação de urgência e emergência.

Em todos os níveis, são impressas referências positivas e negativas pautadas na perspectiva de quem vivenciou ou observou o fato. Um mesmo comportamento ou consequência poderá receber classificação positiva por um participante e negativa por outro, essa denominação depende da percepção de cada um.

A confiabilidade dos dados se reporta ao relato dos incidentes. Se o relato é preciso, rico em detalhes e corresponde a situações vivenciadas, apresentando comportamentos e consequências advindas, pode ser considerado como um IC. Porém, informações vagas e incompletas devem ser descartadas (DELA COLETA, 1972; FLANAGAN, 1954). Os ICs, relatados pelos enfermeiros, revelam situações, comportamentos dos envolvidos e consequências decorrentes. Foram seguidos os critérios apresentados e, perante as inúmeras situações relatadas, foram excluídas do estudo as que exprimiam opiniões, percepções e julgamentos, sendo considerados apenas os relatos de situações completas.

Assim, foram realizadas 20 entrevistas, das quais foram extraídos 55 ICs, ou seja, situações completas e descritas com riqueza de detalhes, baseadas no conteúdo dos relatos, revelando 282 comportamentos e 93 consequências. Dessa forma, a descrição dos ICs está pautada nas situações, comportamentos e consequências decorrentes, o que permite a análise do fato observado ou vivenciado (DELA COLETA, 2004).

Visando facilitar a compreensão dos resultados, os mesmos foram sumarizados na figura a seguir:

FIGURA 1: Esquematização das situações, comportamentos e consequências, e suas respectivas subcategorias, emergentes dos dados coletados junto aos enfermeiros do PSA-HC-UFTM, Uberaba, MG

SITUAÇÕES	COMPORTAMENTOS	CONSEQUÊNCIAS
Entraves relacionados à execução do cateterismo vesical de demora • Escassez ou ausência de recursos materiais • Insuficiência de recursos humanos • Déficit de conhecimento e/ou inabilidade Ocorrências de eventos adversos relacionadas ao cateterismo vesical de demora Segurança e qualidade da assistência	Assistir perante os entraves relacionados à realização do cateterismo vesical de demora • Agir de forma improvisada para a realização do cuidado • Cooperar com os membros da equipe • Trabalhar sob pressão • Gerenciar as intercorrências Avaliar o desempenho técnico-profissional relacionado ao cateterismo vesical de demora • Realizar o trabalho frente às falhas técnicas na execução do cateterismo vesical de demora • Demonstrar consciência	Consequências para o paciente • Ocorrências de eventos adversos • Falta de segurança e qualidade do cuidado oferecido • Assistência segura e livre de traumas Consequências para o profissional • Retrabalho • Constrangimento

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

6.3 IDENTIFICAÇÃO DAS SITUAÇÕES

Nesse estudo são apresentadas 55 situações relacionadas à execução do CVD, que foram agrupadas por similaridade de conteúdo, resultando em três categorias, evidenciadas na tabela 2 segundo frequências e percentuais de cada uma e as respectivas referências positivas e negativas atribuídas pelos participantes.

TABELA 2 - Distribuição das categorias de Situações positivas e negativas, referentes à execução do cateterismo vesical de demora, consubstanciadas dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016

<i>CATEGORIAS DE SITUAÇÃO</i>	<i>POSITIVA</i>		<i>NEGATIVA</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Entraves relacionados à execução do cateterismo vesical de demora	0	0	34	61,9	34	61,9
Ocorrências de eventos adversos relacionadas ao cateterismo vesical de demora	0	0	19	34,5	19	34,5
Segurança e qualidade da assistência	2	3,6	0	0	02	3,6
Total	2	3,6	53	96,4	55	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Observa-se que das situações descritas, 96,4% receberam referências negativas e 3,6% referências positivas. Dentre as situações negativas, houve predomínio quanto a **Entraves relacionados à execução do cateterismo vesical de demora** (61,9%), seguido de **Ocorrências de eventos adversos relacionadas ao cateterismo vesical de demora** (34,5%), ressaltando que essas categorias não apresentaram situações positivas. Na categoria **Segurança e qualidade da assistência** houve preponderância de situações positivas (3,6%) e ausência de situações negativas.

A categoria que concentra o maior número de situações negativas (61,9%), **Entraves relacionados à execução do cateterismo vesical de demora**, desvela aspectos relacionados a problemas com recursos materiais e humanos, e ainda inabilidade profissional, dificultando a assistência direta ao paciente. Vale ressaltar que essa categoria não apresentou situações positivas.

As situações relacionadas à categoria **Entraves relacionados à execução do cateterismo vesical de demora**, foram agrupadas por semelhança de conteúdo, originando três temas principais: Escassez ou ausência de recursos materiais, Insuficiência de recursos humanos e Déficit de conhecimento e/ou inabilidade, os quais são apresentados na tabela 3, segundo as frequências e os percentuais, considerando a atribuição positiva ou negativa do entrevistado.

TABELA 3 - Distribuição das subcategorias de Situações positivas e negativas, referentes a Entraves relacionados à execução do cateterismo vesical de demora, consubstanciadas dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016

SUBCATEGORIAS DE SITUAÇÃO	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Escassez ou ausência de recursos materiais	0	0	15	44,1	15	44,1
Déficit de conhecimento e/ou inabilidade	0	0	14	41,2	14	41,2
Insuficiência de recursos humanos	0	0	5	14,7	05	14,7
Total	0	0	34	100	34	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Os temas derivados da categoria **Entraves relacionados à execução do cateterismo vesical de demora** apresentaram somente situações negativas (100,0%). O tema **Escassez ou ausência de recursos materiais** aparece como prevalente, representando 44,1% das situações negativas e trata das limitações impostas à assistência, decorrentes de problemas com recursos materiais, como exemplificado nos relatos a seguir:

“Esses dias faltou gaze, tive que fazer com compressa, improvisei umas gazes com compressa. Contaminei a compressa na hora de cortar. Tive que começar de novo, pegar outro material. Acabou que desperdiçou e gastei mais tempo. A falta de material dificulta nosso serviço.” (E12)

“Eu tinha um paciente para sondar na enfermaria e o familiar teve que comprar porque não tinha o material, o kit de sondagem. (...) o familiar presenciou o paciente fazendo o cateterismo de alívio de hora em hora, perceberam que era desnecessário fazer esse procedimento, que o paciente podia correr mais risco de infecção e aí eles por conta própria compraram o material para a gente poder fazer a sondagem. (...) O familiar viu que tinha prescrição para fazer, que a gente não estava fazendo porque estava em falta e aí eles foram e compraram. (...) quiseram polpar o paciente.” (E14)

“Esses dias não tinha sonda 14, nem a 16 e nem a 18, tive que passar a 20, mas eu não gosto. Gosto de passar no máximo a 18. A sonda passou sem resistência, mas depois do procedimento, quando começou a voltar a xilo, vinha um pouco de sangue junto. A 20 passou numa boa nesse paciente. Depois teve que tirar por conta do sangramento. (...) Então, a falta de material é complicada de trabalhar.” (E18)

“(...) Teve um dia que a sala de urgência tinha onze pacientes, e eu tive que fazer o cateterismo [sem biombo], não podia tirar ele [o paciente] da sala (...), era um paciente instável (...). Então, tive que expor [realizar técnica sem biombo] porque é risco benefício né. Tinham pacientes que estavam conscientes e acabaram vendo (...) você faz o que der para fazer.” (E11)

Ofertar o cuidado de qualidade e com segurança ao paciente é um dos grandes desafios na área da saúde. Entretanto, obstáculos como a escassez de material restringem essa questão, impondo limitações à prática assistencial.

Uma das funções do enfermeiro, na unidade de urgência e emergência, é oferecer assistência ao paciente, no entanto, existem fatores que interferem diretamente na qualidade da assistência, pois são considerados estressores para o profissional. A escassez de recursos materiais gera desgaste físico e mental nos profissionais, levando a situações de improviso que refletem amplamente na qualidade do cuidado oferecido (LIMA et al., 2016; SANTOS et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; CHAU et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015a; FONSECA; NETO, 2014; GOMES, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; TAMEZ-GONZÁLEZ; PÉREZ-DOMÍNGUEZ, 2014; OLIVEIRA et al., 2013).

A precarização dos serviços de saúde estabelece ao profissional de enfermagem a necessidade de recorrer a adaptações e improvisações para ofertar o cuidado, fato que reflete diretamente na assistência, quando é vislumbrada a possibilidade de erros e iatrogenias decorrentes dessa situação (LIMA et al., 2016; TAMEZ-GONZÁLEZ; PÉREZ-DOMÍNGUEZ, 2014; GONÇALVES et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013).

Vale lembrar que o enfermeiro possui como prioridade a garantia da promoção e do bem estar do paciente, sendo que o cuidado deve estar livre de danos ao mesmo. Assim, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem assegura essa questão quando declara as responsabilidades e deveres do enfermeiro (ZANDOMENIGHI et al., 2014).

Nesse prisma, as iniciativas apontam para a necessidade de melhorar a qualidade do cuidado ofertado. Instituições de saúde têm investido recursos para que a assistência se torne segura, com qualidade e sem prejuízos para o paciente. Prevenir e reduzir a ocorrência dos EADs é a estratégia de escolha para minimizar os prejuízos decorrentes do cuidado realizado sem a devida segurança (LO et al., 2014; TOMINAGA et al., 2014; ANVISA, 2013; VOLLMAN, 2013).

Já o tema **Déficit de conhecimento e/ou inabilidade** aparece com 41,2% de situações negativas, que se referem aos aspectos peculiares da prática assistencial, os quais revelam condições de assistir sobre estresse e falta de habilidade ou conhecimento, que acabam por prejudicar a assistência oferecida ao paciente, como apresentado nos relatos:

“(...) Teve um caso que eles clamparam a sonda na hora fazer um transporte e esqueceram de soltar. Ai acabou tendo escape porque a sonda estava clampada. (...) Me chamaram falando isso, porque tinha que avaliar a troca (...) Tinha vazado e tal. Ai fui avaliar o paciente, porque estava com bexigoma, ai fui ver a sonda, estava fechada. (...) Ai abri a sonda, drenou 700ml...”
(E15)

“Nesse dia nem foi a enfermagem que passou, foi a equipe médica mesmo porque estava muito corrido, e a equipe médica acabou passando. (...) Eles [médicos] contaminaram a técnica [CVD], nós falamos né. Mas ele alegou, que em uma emergência não tem muito o que fazer. (...) Primeiro ele sondou, e depois a gente trocou né, depois que a situação estava mais tranquila a gente trocou a sonda. Tivemos que fazer tudo de novo, levou tempo (...) na hora comentamos, mas você conhece a equipe da cirúrgica né?! Na hora é urgência, depois entramos com antibioticoterapia.” (E08)

“Uma vez [na urgência] tive que fazer [CVD] correndo, (...) porque já chega ruim [quadro grave] né e aí passei de qualquer jeito. (...) Ah não é muito bom não, não sei se eu fiz alguma coisa errado, principalmente porque estava todo mundo me olhando, porque estava todo mundo esperando passar [a sonda] para poder levar o paciente né. Deu tudo certo mas é ruim, não é agradável não, eu me senti desconfortável, pressionada.” (E15)

“(...) paciente era vítima de trauma, paciente estava agitado e aí no meio do procedimento tive que pedir para um colega vir e abrir outro material, porque eu estava paramentada e o paciente mexeu e caiu tudo né, contaminou.” (E15)

Nessa categoria ficam evidentes aspectos relacionados à responsabilidade profissional do enfermeiro. Dentre as atividades exercidas pelo enfermeiro, podemos elencar a educação em saúde, o cuidado e a gerência. A sobrecarga de atividades, somada ao estresse inerente ao setor, é uma questão que permeia a rotina desses profissionais, gerando desgastes físicos e mentais (ANGELIM; ROCHA, 2016; LORO et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2015a; PORTELA et al., 2015; MARTINS et al., 2014; GARCIA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; PEREIRA et al., 2013; SCHMOELLER; GELBCKE, 2013; ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

Oportuno enfatizar as pressões e tensões sofridas pelos profissionais que trabalham nessa unidade. O serviço de urgência requer conhecimento, agilidade e habilidade profissional durante o atendimento. Assim, o estresse vivenciado nesse cenário, interfere diretamente na qualidade de vida e de trabalho do enfermeiro, refletindo diretamente na qualidade do cuidado oferecido (SANTOS et al., 2016; GOMES, 2014; TAMEZ-GONZÁLEZ; PÉREZ-DOMÍNGUEZ, 2014; GARCIA et al., 2013; GONÇALVES et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013).

As condições inadequadas de trabalho nas unidades de urgência e emergência são um aspecto relevante que merece atenção, pois afeta diretamente a prática profissional, colocando em risco a saúde física e mental do enfermeiro, acarretando desmotivação e insatisfação. Questão essa que se relaciona diretamente com a humanização e a qualidade da assistência oferecida ao paciente (ANGELIM; ROCHA, 2016; SANTOS et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2013).

Estar atento às situações que envolvem o cuidado direto ao paciente é uma premissa fundamental à garantia da segurança. O enfermeiro que trabalha em unidades de urgência e emergência, precisa dispor de perspicácia em suas ações, pois esse é um setor que não permite

ações gerenciais confusas (SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; CHAU et al., 2015; GOMES, 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

Nesse enfoque, o enfermeiro possui posição de destaque na equipe de saúde, o que propicia o desenvolvimento de atividades gerenciais, considerando essas como vertente fundamental à organização da unidade e fortalecimento das ações de assistência (SANTOS et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2016; GOULART; COELHO; CHAVES, 2014; MAZIERO et al., 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

O compromisso em assistir o paciente, requer qualificação dos profissionais, sendo responsabilidade do enfermeiro, como líder, primar por treinamento e capacitação teórico-prática da equipe. Essa é uma estratégia eficaz na redução dos EADs, que se fundamenta nos preceitos do cuidado seguro (BELL; ALAESTANTE; FINCH, 2016; SANTAREM, 2016; DUARTE et al., 2015; LANZILLOTTI et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015; VISWANATHAN et al., 2015; LO et al., 2014; FAKIH et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014; SCOTT et al., 2014; VOLLMAN, 2013).

Embora não sejam prevalentes, as situações negativas desveladas pela subcategoria **Insuficiência de recursos humanos** (14,7%) representam as dificuldades da prática assistencial relacionadas à escassez de recursos humanos, associada à sobrecarga de atividades, como demonstrado abaixo:

“No total tinha uns doze pacientes internados. Um deles, tinha a prescrição da passagem da sonda com urgência (...)tinha queixa de retenção urinária e dor abdominal. No momento, eu estava acabando de retirar um introdutor de um paciente, estava fazendo a compressão de no mínimo 20 minutos (...) acabei tendo que ficar 60 minutos. Porque também tem a falta de funcionário, não tinha ninguém que conseguia me “cobrir” nesse momento, para passar essa sonda. (...) Foi cobrado pela equipe médica, (...) Para o paciente não houve prejuízo a não ser aguardar, depois eu passei a sonda. Teve um débito exagerado no momento, a queixa era realmente de dor na região abdominal, pelo bexigona mesmo. (...) Então, tudo ficou dependente desse procedimento e atrasou tudo.” (E19)

“Uma sonda que caiu e aí teve que pegar outra. Eu fui conectar a sonda no sistema fechado e deixei ela cair. Tive que ficar esperando e demandou tempo né. (...) Teve que pegar outra. Ela caiu na hora que estava conectando. Aí tive que esperar alguém pegar para passar. Aí atrapalha né, mas faz parte né. O paciente ficou esperando também...” (E15)

“Já aconteceu de contaminar a sonda em um procedimento (...) porque eu estava passando sozinha, eu abri tudo, preparei tudo e fiz sozinha. (...) Acabou que na hora de pegar a sonda, deixei contaminar. Aí tive que começar do zero né, porque contaminou.” (E02)

“Esses dias tinha uma paciente que estava com o vazamento da sonda, e eu tive que trocar também (...) a enfermeira do noturno que viu. Só que ela teve 12 horas com a paciente e no final do plantão que ela me contou que ela estava com um grande vazamento na sonda. (...) Aí eu não tive tempo no dia, pois eu fiquei em todas as enfermarias. E teve intercorrência. Aí eu passei no plantão da tarde para trocar para mim. Isso foi a falta de continuidade né, passei do meu

plantão para o outro porque não tive tempo, mas nem tudo vai ser feito. E é ruim isso, a sonda ficou vazando, não deu para quantificar a urina com certeza.” (E04)

Uma característica peculiar da unidade de urgência e emergência é a superlotação e a demanda contínua de atendimento, o que expõe a equipe a um ritmo intenso e excessivo de atividades (GOMES, 2014; OLIVEIRA et al., 2013). Aspectos esses que predisõem os profissionais à sobrecarga de trabalho.

Essa realidade, associada ao número reduzido de profissionais, contribui para diversos fatores negativos, dentre eles o desgaste profissional, o esgotamento físico e mental e o estresse, todos refletindo diretamente na qualidade do cuidado oferecido (ARAÚJO et al., 2016; SANTOS et al., 2016; CHAU et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2013).

Estudos apontam essa questão do quantitativo de profissionais como foco de discussão e preocupação, sugerindo ações resolutivas como o reordenamento do fluxo de pacientes e das atividades de enfermagem (VISWANATHAN et al., 2015; GOMES, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; SCHMOELLER; GELBCKE, 2013; OLIVEIRA et al., 2013).

Nessa concepção, a dinâmica da unidade impõe aos profissionais o domínio sobre as atividades, bem como o desenvolvimento de agilidade e habilidade na busca de resolutividade dos problemas (SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; GOMES, 2014). Toda essa situação acaba por desenvolver no enfermeiro autonomia e individualidade para a execução de tarefas, o que propicia o desenrolar de suas atividades, no entanto, a questão da qualidade das ações executadas pode ficar a desejar, como demonstrado nos relatos.

A escassez de recursos humanos é considerada como fator limitante e negativo à prática de enfermagem, pois dentre outros, predis põe o profissional ao imprevisto e às adaptações, repercutindo diretamente na queda da qualidade da assistência (ARAÚJO et al., 2016; LIMA et al., 2016; CHAU et al., 2015; VISWANATHAN et al., 2015; MARTINS et al., 2014; TAMEZ-GONZÁLEZ; PÉREZ-DOMÍNGUEZ, 2014; GONÇALVES et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013), o que repercute em prejuízos ao paciente.

Repensar o quantitativo de enfermagem pode ser uma estratégia eficaz para reflexão e otimização da organização e do trabalho da enfermagem (CHAU et al., 2015; SCHMOELLER; GELBCKE, 2013).

Os temas da categoria **Entraves relacionados à execução do cateterismo vesical de demora** evidenciam que os problemas com recursos materiais e humanos e a habilidade profissional deficiente são aspectos que dificultam a prática da enfermagem e refletem, diretamente, na assistência oferecida ao paciente, podendo gerar danos a esse.

A categoria **Ocorrências de eventos adversos relacionadas ao cateterismo vesical de demora** também aparece descrita somente com situações negativas (34,5%), que se referem às principais complicações advindas do CVD, como demonstram os relatos a seguir:

“A pessoa passou a sonda e não introduziu toda a sonda como é a técnica para depois fazer a tração, para ver o correto posicionamento e insuflou o balonete na uretra, causando depois uretrorragia para o paciente. (...) Retiramos a sonda, e tentamos passar novamente. (...) Não conseguimos, veio um residente da URO e não conseguiu também, e fez cistostomia. (...)” (E12)

“(...) Teve um caso inclusive que eu peguei o plantão, tinha retirado a sonda do paciente porque tinham passado a 20 e ele não suportou. (...) Ele queixou dor, não conseguiu suportar a dor. Não chegou a ter lesão, mas ele não conseguiu suportar a dor. Ai retiraram a sonda. Optaram por não sondar com calibre menor. Paciente ficou sem sonda.” (E15)

“Esses dias mesmo tinha um paciente que não estava conseguindo expor a uretra, era idoso, com pênis curto, aí uma técnica conseguiu posicionar ele e eu consegui achar a uretra (...) Não dava para ver a glândula. Eu higienizei bem aquela região. Mas não consegui higienizar a cabeça do pênis porque não expôs. (...) É, eu não contaminei a sonda, embora não tenha higienizado a uretra mesmo em si. Aquela pele por cima consegui higienizar tranquilo, mas por dentro na uretra não consegui.” (E20)

Pode-se destacar que as situações dizem respeito aos EADs decorrentes da assistência inadequada ao paciente. Essas são provenientes da falta de recursos materiais adequados, das contraindicações à realização do CVD e das deficiências técnicas e cognitivas que acabam por causar prejuízos ao paciente, situações que podem ser evitadas, minimizando a ocorrência dos EADs.

A assistência segura ao paciente é um requisito essencial às instituições de saúde. Falhas na assistência, expõem os pacientes a riscos e danos desnecessários e são consideradas agravos, incidentes que devem ser reduzidos, evitando os EADs (DUARTE et al., 2015; ANVISA, 2013; SANTOS et al., 2013; WHO, 2009). Os profissionais de enfermagem devem procurar desenvolver suas atividades com compromisso ético e moral, visando a garantir o cuidado seguro e de qualidade, sendo esse um direito do paciente e um dever do profissional (CAVALCANTI et al., 2016; RIBEIRO; SILVA; FERREIRA et al., 2016; DUARTE et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015; DAVIS et al., 2014; TOBIAS et al., 2014; REBRAENSP, 2013; ROQUE; MELO, 2010).

A ocorrência dos EADs relaciona-se diretamente, dentre outros fatores, à inexperiência e à falta de expertise profissional, desvelando efeitos negativos na qualidade da assistência oferecida. Os profissionais de enfermagem devem buscar a qualidade do cuidado, visando prevenir os EADs (SAINT et al., 2016; RIBEIRO; SILVA; FERREIRA et al., 2016; LO et al., 2014; TOMINAGA et al., 2014).

Apesar dos avanços nessa área, a temática ainda tem sido alvo de discussões, pois existem fatores que propiciam falhas, erros e, conseqüentemente, a ocorrência dos EADs. Dentre os aspectos que mais chamam a atenção, podemos destacar a superlotação das unidades de urgência que geram sobrecarga, desgaste e desmotivação profissional, as dificuldades com recursos humanos e materiais, os aspectos emocionais, a falta de conhecimento e capacitação, a falta de protocolos assistenciais e a falta de comunicação (BAMPI et al., 2017; ANGELIM; ROCHA, 2016; CHAU et al., 2015; DUARTE et al., 2015; VISWANATHAN et al., 2015; ANVISA a, 2014; FAKIH et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013; ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

Propiciar condições de trabalho adequadas, associadas à capacitação da equipe, é uma estratégia essencial para evitar os EADs. Ressalta-se a importância e a necessidade de se investir recursos no treinamento da equipe, dessa unidade, associado à comunicação e à liderança, que colaboram para a socialização e a motivação da mesma. Essas ações visam amenizar as situações de estresse, reconhecer falhas e necessidades educacionais, colaborando efetivamente para a redução dos EADs e para a qualidade da assistência (BAMPI et al., 2017; COSTA et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; MIZEREK et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015; VISWANATHAN et al., 2015; DAVIS et al., 2014; TOMINAGA et al., 2014).

A falibilidade é uma condição humana a que todos os profissionais estão expostos, no entanto, os EADs ainda são ocultados ou mascarados pela equipe de saúde. Esse fato merece atenção, pois a repercussão dessa situação se reverte em prejuízos para os pacientes (DUARTE et al., 2016). Portanto, a questão da segurança do paciente deve ser entendida como um aspecto crítico para a garantia do cuidado seguro e de qualidade (SAINT et al., 2016; CHAU et al., 2015; MULCARE et al., 2015; CAMARGO TOBIAS et al., 2014; KREIN et al., 2013; SAINT et al., 2013; VOLLMAN; 2013; FAKIH et al., 2012).

A assistência segura e livre de danos é responsabilidade dos profissionais de enfermagem. Assim, estratégias de gestão são consideradas ferramentas fundamentais para a promoção de um ambiente seguro para os pacientes e profissionais. Ações avaliativas, utilização de indicadores de qualidade, liderança e trabalho em equipe são recursos utilizados para assegurar a qualidade e a segurança do cuidado, minimizando os prejuízos ao paciente (TENKE et al., 2017; COSTA et al., 2016; DUARTE et al., 2016; MACEDO et al., 2016; SARTOR; SILVA; MASIERO, 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; SOUZA et al., 2016; CHAU et al., 2015; MULCARE et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015;

VISWANATHAN et al., 2015; CAMARGO TOBIAS et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014; TOMINAGA et al., 2014; KREIN et al., 2013; VOLLMAN, 2013).

Sendo assim, é essencial que gerentes de saúde compreendam que os EADs se relacionam também a falhas do sistema e, não somente, aos aspectos relacionados ao profissional. Nesse sentido, a questão gerencial volta à tona, despertando os profissionais para recorrer a estratégias que visem identificar as fragilidades do sistema e da equipe, buscando prevenir essas situações e minimizar a ocorrência dos EADs (BAMPI et al., 2017; VASCONCELOS et al., 2016; LO et al., 2014; MAZIERO et al., 2014; TOMINAGA et al., 2014).

A segurança do paciente e a qualidade da assistência são componentes essenciais aos serviços de saúde, pois resguardam o cuidado sem danos aos pacientes, garantindo a satisfação dos mesmos e dos profissionais (GUCWA et al., 2016; DUARTE et al., 2015; ANDOLHE, 2013; BOHOMOL; TARTALI, 2013; SAINT et al., 2013; FAKIH et al., 2012).

A categoria **Segurança e qualidade da assistência** evidencia situações exclusivamente positivas (3,6%), que fazem referência à consciência profissional durante a execução do CVD, o que reflete na qualidade da assistência oferecida, como exemplificado nos relatos a seguir:

“Na enfermaria teve um paciente que eu fui passar e o orifício dele era em outro lugar. Então eu tive que procurar esse orifício, que era na base do pênis, e aí eu chamei o médico, ele me explicou o que era e eu não tinha conhecimento. E aí eu consegui passar.” (E13)

“(…) Já aconteceu, eu estava passando a sonda e o médico falou assim: não, está bom, já limpou demais (...), “Não doutor, tem que limpar direito” (...). Aí eu assumi minha postura e fiz do jeito que eu acho que tem que fazer (...), ninguém entrevistou para falar se estava certo ou errado (...) não teve consequência nenhuma, o paciente foi sondado, o procedimento foi feito com sucesso, sem nenhum trauma.” (E01)

Frente ao exposto, podemos inferir uma estreita relação entre as categorias **Ocorrências de eventos adversos relacionadas ao cateterismo vesical de demora e Segurança e qualidade da assistência**. Os dados demonstram que existem dificuldades relevantes na execução do CVD, as quais impactam negativamente a prática assistencial e possuem, como desfecho, falhas na assistência de enfermagem e, conseqüentemente, prejuízos para o paciente. Ao mesmo tempo, com um percentual menor, porém extremamente significativo, as falas revelam a consciência e ética profissional assumidos durante as atividades do enfermeiro, que são princípios básicos para a qualidade da assistência.

O cuidar é uma ação rotineira da enfermagem que requer compromisso ético e o desenvolvimento de habilidades técnicas e cognitivas. O paradigma de gerenciamento, com vistas ao cuidado, deve fazer parte das atividades do enfermeiro na busca da assistência integral ao paciente (GUCWA et al., 2016; MIZEREK et al., 2015; AZEVEDO et al., 2013). O cuidado

seguro é considerado um compromisso ético dos profissionais de saúde e entendido como direito do paciente (BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; CAVALCANTI et al., 2016; RIBEIRO; SILVA; FERREIRA et al., 2016; TOBIAS et al., 2014; REBRAENSP, 2013; SANTOS et al., 2010).

Faz-se importante ressaltar que durante a análise dos relatos, ficou evidente a dificuldade do profissional em assumir suas próprias dificuldades, uma vez que as informações, em sua maioria, referem-se a situações observadas ou vivenciadas com outro profissional. Fato esse que justifica a questão do temor de represália no trabalho, mesmo estando garantido o anonimato dos participantes.

6.4 IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS

Os dados permitiram identificar 55 ICs e, após análise profunda, respaldada no referencial teórico adotado no estudo, foram desvelados 282 (100,0%) comportamentos, sendo 192 negativos (68,2%) e 90 positivos (31,8%). Os mesmos foram agrupados por afinidade de conteúdo, em duas categorias, com suas respectivas subcategorias. A tabela 4 apresenta as frequências e os percentuais de cada categoria de comportamento, considerando a referência positiva e negativa atribuída pelos enfermeiros.

TABELA 4 – Distribuição das categorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes à execução do cateterismo vesical de demora, consubstanciados dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016

<i>CATEGORIAS DE COMPORTAMENTOS</i>	<i>POSITIVA</i>		<i>NEGATIVA</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Assistir perante os entraves relacionados à realização do cateterismo vesical de demora	51	18,0	96	34,1	147	52,1
Avaliar o desempenho técnico-profissional relacionado ao cateterismo vesical de demora	39	13,8	96	34,1	135	47,9
<i>Total</i>	<i>90</i>	<i>31,8</i>	<i>192</i>	<i>68,2</i>	<i>282</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Os comportamentos surgiram das inúmeras ações desenvolvidas pelos profissionais. Assim, houve predomínio de comportamentos negativos (68,2%), representados igualmente pelas categorias **Assistir perante os entraves relacionados à realização do cateterismo**

vesical de demora (34,1%) e **Avaliar o desempenho técnico-profissional relacionado ao cateterismo vesical de demora** (34,1%), que se remetem a problemas e dificuldades relacionadas à assistência, gerando prejuízos ao paciente. Já os comportamentos positivos (31,8%), não possuem caráter predominante, porém merecem destaque quando apontam situações de colaboração entre a equipe facilitadoras da assistência, e os benefícios dessa para o paciente.

A categoria **Assistir perante os entraves relacionados à realização do cateterismo vesical de demora** revela comportamentos prevalentemente negativos, relacionados diretamente a condições limitadoras da assistência ao paciente. Porém, os comportamentos positivos desvelam o esforço e o empenho dos profissionais em assumir posturas de colaboração e de trabalho em equipe, facilitando as atividades e colaborando para melhorar a assistência.

Os dados originários da categoria **Assistir perante os entraves relacionados à realização do cateterismo vesical de demora** foram agrupados por semelhança de conteúdo em quatro subcategorias, que são apresentadas na tabela 5 com suas respectivas frequências e percentuais obtidos para cada uma e suas referências positivas e negativas.

TABELA 5 - Distribuição das subcategorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes a **Assistir perante os entraves relacionados à realização do cateterismo vesical de demora**, consubstanciados dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016

SUBCATEGORIAS DE COMPORTAMENTOS	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Agir de forma improvisada para a realização do cuidado	11	7,5	77	52,4	88	59,9
Cooperar com os membros da equipe	40	27,2	0	0	40	27,2
Trabalhar sob pressão	0	0	11	7,5	11	7,5
Gerenciar as intercorrências	0	0	8	5,4	8	5,4
Total	51	34,7	96	65,3	147	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Os comportamentos da categoria **Assistir perante os entraves relacionados à realização do cateterismo vesical de demora** deram origem a subcategorias predominantemente negativas (65,3%), sendo que a subcategoria **Agir de forma improvisada**

para a realização do cuidado foi a mais frequente (59,9%) e os dados demonstram aspectos relacionados a problemas com recursos humanos e materiais interferentes na qualidade da assistência, como descrito nos relatos a seguir:

“Eles [médicos] queriam rápido [CVD], os pacientes estavam graves [um enfermeiro para quatro pacientes grave].” (E02)

“Eu estava paramentada, o paciente estava agitado e contaminou o procedimento (...) Tive que ficar esperando [o colega pegar outro cateter].” (E15)

“...Fui passar a sonda no paciente [não tinha o cateter] (...) Cheguei para buscar [o cateter vesical] e não tinha [falta de material no hospital] Usei a sonda disponível [numeração] no momento”. (E11)

“E no final [da introdução do cateter vesical] (...) contaminou [o material estava sobre a cama – falta de mesa de apoio] (...) Bateu [o cateter vesical] na perna do paciente [não tinha o kit estéril, campo – contaminou o procedimento].” (E05)

“Eu não tive tempo no dia de trocar [o cateter vesical que estava vazando]. Eu fiquei em todas as enfermarias.” (E04)

“Ele [paciente] não conseguiu suportar a dor [realizado CVD nº20 por falta de material] (...) Ai retiraram [médicos] a sonda. Queixou dor.” (E15)

“Improvisei umas gazes com compressa [para sondar o paciente. Falta de gaze].” (E12)

A organização do trabalho é um fator relevante quando se vislumbra a qualidade e a segurança do cuidado, tanto para o paciente quanto para o profissional. Ambientes de trabalho harmônicos e organizados motivam a equipe e colaboram para que não ocorram EADs relacionados à assistência (ANGELIM; ROCHA, 2016; SANTOS et al., 2016; AZEVEDO et al., 2013; SCHMOELLER; GELBCKE, 2013; VOLLMAN, 2013;).

Os problemas relacionados à harmonia no ambiente de trabalho da enfermagem possuem relação próxima com a falta de recursos materiais e humanos no trabalho. Esses são aspectos considerados estressores para o profissional, gerando sentimentos de irritação, cansaço e desmotivação, impondo-lhes a busca de alternativas para adaptar-se à realidade e ofertar assistência ao paciente (CHAU et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015a; MARTINS et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013).

As unidades de urgência e emergência possuem características próprias de superlotação, o que propicia a uma sobrecarga de atividades e a um ambiente desgastante, tanto para o paciente, quanto para a equipe. A escassez de recursos humanos e materiais, somados a esse contexto, desvelam situações que refletem diretamente na assistência, gerando prejuízos ao paciente (CAVALCANTI et al., 2016; LIMA et al., 2016; SARTOR; SILVA; MASIERO, et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; CHAU et al., 2015; GOMES, 2014; OLIVEIRA

et al., 2014; SOUZA et al., 2014; TAMEZ-GONZÁLEZ; PÉREZ-DOMÍNGUEZ, 2014; GONÇALVES et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013).

Condições inadequadas de trabalho geram problemas de ordem física e mental para os profissionais de enfermagem atuantes nos serviços de urgência e emergência. Dessa forma, considerando que os agravos à saúde comprometem diretamente a qualidade da assistência, é fundamental o despertar para a promoção da saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, para que os EADs possam ser minimizados (ANGELIM; ROCHA, 2016; DUARTE et al., 2015; PORTELA et al., 2015).

Nesse prisma, é essencial que os gestores dos serviços de saúde despertem para essa realidade e consigam elaborar estratégias que visem a promover boas condições de trabalho, melhorando assim o ambiente e os relacionamentos implícitos, vislumbrando o cuidado de qualidade ao paciente (TENKE et al., 2017; ANGELIM; ROCHA, 2016; SAINT et al., 2016; SANTOS et al., 2016; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016; SAINT et al., 2013; FAKIH et al., 2012).

As referências positivas (7,5%) da subcategoria **Agir de forma improvisada para a realização do cuidado** referem-se à questão da colaboração entre a equipe e das adaptações como aspectos presentes no cotidiano da enfermagem, fato que pode ser exemplificado pelos relatos a seguir:

“Ela [outra enfermeira veio ajudar] colocou outro biombo e sondou o outro [paciente].” (E02)

“...A equipe médica acabou passando [o CVD. O plantão estava corrido. Sala de urgência cheia].” (E08)

“Passou [o cateter vesical de nº 20 – falta de material] sem resistência (...) Não teve sangramento.” (E16)

“A sonda passou sem resistência [CVD com cateter nº 20 por falta de outra numeração no hospital] (...) a 20 passou numa boa nesse paciente.” (E18)

Os comportamentos relacionados aos recursos humanos, em sua maioria, destacam a importância da colaboração entre os profissionais como facilitadores da assistência de enfermagem. Já os comportamentos positivos que apareceram relacionados aos recursos materiais, reportam-se à execução do CVD com material inadequado, porém sem prejuízos para o paciente, o que demonstra a preocupação dos enfermeiros com a garantia do cuidado seguro.

Fica evidente que a questão do imprevisto permeia a assistência na ausência ou insuficiência de recursos humanos e materiais, fato que, evidentemente, interfere na qualidade do cuidado.

Recursos humanos e materiais insuficientes geram desgaste físico e mental nos profissionais de saúde, sem contar o tempo dispendido pelos profissionais ao procurar materiais em outros setores para garantir a assistência (CHAU et al., 2015; FONSECA; NETO, 2014). Situação que se agrava quando pensamos na unidade de urgência e emergência, onde a agilidade e eficiência do atendimento contribuem para um bom prognóstico do paciente (LORO et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; GOMES, 2014; OLIVEIRA et al., 2013).

Questões como o imprevisto e a desorganização institucional são um obstáculo à assistência efetiva de enfermagem, pois são situações que acabam por gerar desgaste e acomodação nos profissionais, que não conseguem planejar suas atividades (WORM et al., 2016; FONSECA; NETO, 2014; OLIVEIRA et al., 2013).

A colaboração entre a equipe de enfermagem é compreendida como aspecto positivo no processo de trabalho. Articular o trabalho em equipe, colaborar com os colegas, discutir condutas e aprender com o outro são atitudes que facilitam o trabalho e colaboram para a assistência ao paciente (SANTOS et al., 2016; SOUZA et al., 2016; GOULART, 2015; VISWANATHAN et al., 2015; GOMES, 2014; GOULART; COELHO; CHAVES, 2014; KREIN et al., 2013; GARCIA et al., 2012).

Como observado nos relatos, percebem-se o compromisso e envolvimento dos profissionais com a assistência ao paciente, quando esses se desdobram e se adaptam para cumprir com êxito suas atividades, tentando não gerar danos ao paciente, provenientes do cuidado.

Na subcategoria **Cooperar com os membros da equipe** são apresentados comportamentos com referência exclusivamente positiva (27,2%). Esses envolvem, especialmente, a questão do trabalho multiprofissional, vinculadas à comunicação, evidenciando a importância do respaldo médico em determinadas situações, o que imprime segurança à assistência oferecida ao paciente. Situação explícita nos relatos a seguir:

“Eu desconfiei que poderia ter algum problema [na inserção da sonda. Paciente com dor] (...) Eu já perguntei para o médico [informou da dor na inserção do cateter].” (E03)

“Chamamos a urologia para fazer a avaliação do paciente [ninguém conseguia sondar. Paciente com problema urinário].” (E04)

“O pessoal da médica foi chamado para avaliar [paciente com pouca exposição do meato urinário].” (E11)

“Ele [o médico] me explicou o que era [meato uretral com anatomia diferente] (...) Eu não tinha conhecimento.” (E13)

O tripé que fundamenta as atividades do enfermeiro se pautam na assistência, educação e gerência. Esses são considerados recursos que asseguram o cuidado através da articulação dos profissionais (ANGELIM; ROCHA, 2016; BELL; ALAESTANTE; FINCH, 2016; SANTOS et al., 2016; SOUZA et al., 2016; MIZEREK et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015; TOMINAGA et al., 2014; VISWANATHAN et al., 2015; LO et al., 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013). O gerenciamento é uma ferramenta essencial a esse contexto, que requer do enfermeiro habilidades e atitudes ao executar suas funções, propiciando organizar as atividades e melhorar o cuidado (TENKE et al., 2017; MIZEREK et al., 2015; VASCONCELOS et al., 2016; MAZIERO et al., 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

Ao desenvolver atividades de cunho gerencial, o enfermeiro assume função relevante de articulador entre a equipe multiprofissional, vislumbrando o trabalho em equipe e buscando viabilizar a execução de ações conjuntas em prol da assistência ao paciente (CARTER et al., 2016; SANTOS et al., 2016; SOUZA et al., 2016; VISWANATHAN et al., 2015; GOULART; COELHO; CHAVES, 2014; HEBDEN, 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013; KREIN et al., 2013).

No entanto, a sobrecarga de atividades do enfermeiro é um fator limitante a essa realidade. A escassez de recursos humanos e a superlotação é uma realidade ao cotidiano das unidades de urgência e emergência, que conduzem o enfermeiro à assistência direta ao paciente, deixando o aspecto gerencial em segundo plano, o que pode interferir diretamente na qualidade do cuidado oferecido (VASCONCELOS et al., 2016; MARTINS et al., 2014; MAZIERO et al., 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

Nesse enfoque, as tecnologias leves possuem um impacto positivo na prática assistencial quando evidenciam o bom relacionamento entre a equipe e a comunicação, como recursos utilizados para difundir práticas e saberes, garantindo o cuidado seguro (COSTA et al., 2016; SANTOS et al., 2016; SOUZA et al., 2016; MIZEREK et al., 2015; MULCARE et al., 2015; DAVIS et al., 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013). Desse modo, é indispensável a valorização das tecnologias leves, com evidência na comunicação, entendida como mediadora do trabalho em equipe, enfatizando os aspectos que tangem o trabalho e a interação multiprofissional como vertentes do cuidado de qualidade (SANTOS et al., 2016; SOUZA et al., 2016; VISWANATHAN et al., 2015; FAKIH et al., 2014; GOULART; COELHO; CHAVES, 2014; GARCIA et al., 2012).

O entrosamento e a colaboração entre a equipe podem ser considerados como estratégias eficazes para a oferta do cuidado seguro e de qualidade. A comunicação e o relacionamento interpessoal fortalecem essa vertente e perpassam as deficiências institucionais que afetam o

cuidado. O bom relacionamento entre a equipe deve permear o cuidado, pois colabora efetivamente com a assistência (COSTA et al., 2016; SANTOS et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; SOUZA et al., 2016; VISWANATHAN et al., 2015; GOULART; COELHO; CHAVES, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; KREIN et al., 2013; ZAMBIAZI; COSTA, 2013; GARCIA, 2012).

Novamente, vale ressaltar a importância em se estabelecer um ambiente harmônico de trabalho, permeado de boas relações entre a equipe, no qual os profissionais possam executar suas atividades com vistas à cooperação e cumplicidade, transcendendo relações hierárquicas, visando ao cuidado seguro (ANGELIM; ROCHA, 2016; SANTOS et al., 2016; AZEVEDO et al., 2013; SCHMOELLER; GELBCKE, 2013; VOLLMAN, 2013;).

Trabalhar sob pressão foi a subcategoria que apresentou apenas comportamentos de referências negativas (7,5%), os quais demonstram claramente a interferência que uma situação de estresse, como as vividas em situações de urgência e emergência, podem acarretar à assistência, como evidenciam as falas a seguir:

“O médico falou assim: “não, está bom, já limpou demais” [asepsia do CVD realizada em situação de urgência].” (E01)

“Estava todo mundo [equipe medica e de enfermagem] me olhando [enfermeiro realizar o CVD].” (E15)

“... A pessoa fez a parte de asepsia inadequada [situação de urgência, médico estava pressionando].” (E01)

“Mas ele [médico] alegou, que em uma emergência não tem muito o que fazer [em relação a contaminar o procedimento de CVD].” (E08)

Trabalhar na unidade de urgência e emergência demanda atendimentos ágeis, que requerem eficiência e rapidez dos profissionais para ofertar o cuidado holístico ao paciente (LORO et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; GOMES, 2014; OLIVEIRA et al., 2013). Esse local expõe os profissionais a riscos físicos e psíquicos, derivados das pressões existentes no cuidado ao paciente grave (ANGELIM; ROCHA, 2016).

Essa situação de pressão, inerente ao serviço de urgência, além de gerar estresse emocional nos profissionais, pode acarretar conflitos interpessoais entre os membros da equipe, o que atinge diretamente a qualidade do cuidado ao paciente (GOMES, 2014; MARTINS et al., 2014; TAMEZ-GONZÁLEZ; PÉREZ-DOMÍNGUEZ, 2014). Nesse contexto, questões como a segurança e a qualidade da assistência acabam ficando em segundo plano.

As limitações pessoais e técnicas, bem como as dificuldades de relacionamento e diálogo, são condições que podem gerar conflitos entre a equipe multiprofissional. Tais

situações são consideradas como obstáculos importantes à assistência, pois interferem nas interações e geram estresse, causando desinteresse, falta de envolvimento e indisponibilidade para mudanças da equipe (SILVA et al., 2012).

Trabalhar em unidade de urgência e emergência requer do enfermeiro conhecimentos específicos e habilidade prática. Esses são considerados atributos essenciais ao desenvolvimento das atividades de enfermagem (SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; MIZEREK et al., 2015; GOMES, 2014).

O enfermeiro, como membro responsável pela equipe, deve possuir a perspicácia avaliativa contínua das atividades da equipe, vislumbrando o treinamento em serviço como estratégia final. Deve estimular o pensamento crítico e reflexivo dos profissionais, visando elaborar modelos e teorias mais adequados à realidade da equipe, tendo em vista o bom relacionamento entre os mesmos e, conseqüentemente, o cuidado de qualidade ao paciente (ANGELIM; ROCHA, 2016).

O paradigma da qualidade do cuidado deve envolver a transformação qualitativa da equipe multiprofissional, e não apenas focar em mudanças técnicas ou de nomenclatura (CARTER et al., 2016; SOUZA et al., 2016; CHAU et al., 2015; LO et al., 2014; FAKIH et al., 2014; HEBDEN, 2014; KREIN et al., 2013; VOLLMAN, 2013; SILVA et al., 2012).

O conhecimento científico fortalece a equipe de enfermagem e permite que esta tenha segurança e respaldo para desenvolver suas atividades, não ficando exposta a interferências negativas de outros profissionais. Dominar o contexto da urgência e emergência pode contribuir para prevenir situações constrangedoras e inadequadas ao cuidado.

Embora não predominantes, os comportamentos da subcategoria **Gerenciar as intercorrências**, de referências negativas (5,4%), merecem destaque uma vez que se remetem à divergência de condutas entre a equipe, como demonstram os relatos:

“O médico pediu para sondar [paciente com complicação – trauma de bacia. Ele [o médico] quis impor [realizar o CVD que era contraindicado].” (E12)

“O médico pediu para tirar a sonda [não houve diálogo entre a equipe. O paciente tinha lesão de pele sacral e muita diurese].” (E20)

“Passei [CVD] com o menor calibre possível [paciente com fratura de bacia] (...) Fiquei aguardando para ver se ia refluir sangue ou alguma coisa.” (E15)

Nos serviços de urgência e emergência, as atividades são executadas por uma equipe multiprofissional, sendo o enfermeiro o principal responsável pela articulação das diversas ações profissionais que envolvem práticas seguras e cuidado de qualidade ao paciente (SANTOS et al., 2016; SOUZA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2014). Nessa perspectiva,

manter um bom nível de comunicação e de relacionamento entre a equipe são estratégias essenciais à oferta do cuidado seguro e de qualidade (ANGELIM; ROCHA, 2016; OLIVEIRA et al., 2016; SANTOS et al., 2016; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016; SOUZA et al., 2016; FAKIH et al., 2014; GOULART; COELHO; CHAVES, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

O gerenciamento da assistência envolve aprimorar aspectos relacionados ao trabalho em equipe como a comunicação, a proficiência técnica, o relacionamento interpessoal e a consciência profissional. Assim, uma boa integração entre gestores e profissionais, buscando uma gestão compartilhada, contribui para disseminar a cultura de segurança do paciente, visando minimizar os EADs (BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; COSTA et al., 2016; MACEDO et al., 2016; SANTOS et al., 2016; SOUZA et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2016; SCHWARTZ et al., 2015; LO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014; HEBDEN, 2014; TOMINAGA et al., 2014; KREIN et al., 2013).

Com ênfase na qualidade do cuidado, as funções gerenciais do enfermeiro devem contemplar a implementação de estratégias que permitam avaliar, capacitar e orientar as ações da equipe de saúde, buscando desenvolver uma visão ampla do cuidado seguro e de qualidade, considerando os aspectos envolvidos na dinamicidade do trabalho no serviço de urgência (RIBEIRO; SILVA; FERREIRA et al., 2016; SANTOS et al., 2016).

No contexto da enfermagem, toda essa questão que envolve a qualidade do cuidado e da prática de enfermagem segura ao paciente, é tema de reflexão (SANTOS et al., 2016; CHAU et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015a; GOMES, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; VOLLMAN, 2013). Tema relevante e inovador que colabora para a compreensão dos aspectos que envolvem o processo de saúde e doença, possibilitando elencar estratégias para se alcançar a segurança nos serviços de saúde (CHAU et al., 2015; MULCARE et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2014; KREIN et al., 2013).

Nessa perspectiva, fica claro que as relações de trabalho entre a equipe é um fator intimamente ligado ao cuidado. Compreender como os fatores de risco à assistência são percebidos e avaliados pelos profissionais de saúde, bem como manter vínculos amistosos, tendenciosos à comunicação e à quebra de paradigmas mecanicistas, são ações que certamente contribuem para melhorar a qualidade da assistência, minimizando a ocorrência de EADs (RIBEIRO; SILVA; FERREIRA et al., 2016; SANTOS et al., 2016; SOUZA et al., 2016; MIZEREK et al., 2015; VISWANATHAN et al., 2015; DAVIS et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014; SILVA et al. 2012).

Frente ao exposto a categoria **Assistir perante os entraves relacionados à realização do cateterismo vesical de demora** relaciona aspectos vinculados às limitações estruturais e físicas impostas à assistência, que repercutem diretamente no cuidado, impactando os princípios de segurança ao paciente. Desvela também a questão da consciência e ética profissional, envolvidas na assistência, sendo compreendidos como aspectos positivos.

Fica evidente a necessidade de se investir recursos que visem a melhorar as condições de trabalho para os profissionais de enfermagem, garantindo a saúde física e psíquica dos mesmos, bem como recorrer à capacitação da equipe multiprofissional, minimizando as situações que predispoem aos EADs e que são prejudiciais ao cuidado.

A categoria **Avaliar o desempenho técnico-profissional relacionado ao cateterismo vesical de demora** apresentou a maioria de referências negativas (34,1%) reportando os aspectos relacionados às complicações e dificuldades vinculadas à inabilidade, que refletem em prejuízos para a assistência. Já as referências positivas, (13,8%), retratam comportamentos que demonstram o compromisso dos profissionais de enfermagem em ofertar um cuidado adequado.

Os comportamentos relacionados à categoria **Avaliar o desempenho técnico-profissional relacionado ao cateterismo vesical de demora** foram agrupados por afinidade de conteúdo, desdobrando-se em duas subcategorias, que são apresentadas na tabela 6, segundo as frequências e os percentuais, considerando a atribuição positiva ou negativa do entrevistado.

TABELA 6 - Distribuição das subcategorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes a Avaliar o desempenho técnico-profissional relacionado ao cateterismo vesical de demora, consubstanciados dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016

SUBCATEGORIAS DE COMPORTAMENTOS	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Realizar o trabalho frente às falhas técnicas na execução do cateterismo vesical de demora	25	18,5	90	66,7	115	85,2
Demonstrar consciência profissional durante o cuidado	14	10,4	6	4,4	20	14,8
Total	39	28,9	96	71,1	135	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

As subcategorias que emergiram da categoria **Avaliar o desempenho técnico-profissional relacionado ao cateterismo vesical de demora** obtiveram predomínio de referências negativas, (71,1%), sendo a subcategoria **Realizar o trabalho frente às falhas na**

execução do CVD a mais prevalente (66,7%). Essa discorre sobre as inadequações técnicas e falta de padronização para execução do CVD, que acabam por dificultar a assistência, como demonstrado nas falas a seguir:

“Eu não consegui retirar [a sonda] porque o balonete não desinsuflava [insuflado com soro fisiológico].” (E02)

“Ele [o balonete] estava insuflado com 33 ml de água destilada [enfermeiro verificou o volume ao retirar o cateter que estava vazando].” (E19)

“Acabou tendo escape [vazamento de urina no cateter vesical, escape de urina] porque a sonda estava clampada [enfermagem deixou fechada, paciente teve bexigoma].” (E15)

“Não introduziu toda a sonda [na uretra] como é a técnica [causou uretrorragia no paciente].” (E12)

“Eles [médicos] não fazem a técnica [CVD] de acordo com o POP [Procedimento Operacional Padrão] (...) não seguiram a orientação [orientação do enfermeiro para realizar o CVD].” (E07)

No serviço de urgência e emergência, as tarefas do enfermeiro enquanto responsável pela equipe de enfermagem, assumem vários níveis de abrangência, perpassando o cuidado direto ao paciente (ANGELIM; ROCHA, 2016; LORO et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2015a; PORTELA et al., 2015; AZEVEDO et al., 2013).

Porém o caráter assistencial que envolve as atividades do enfermeiro é o mais relevante, pois imprime responsabilidade e compromisso com a vida alheia. Garantir o cuidado seguro e de qualidade aos pacientes, demanda conhecimento e habilidade específicos, tomada de decisão rápida e ainda enfrentar a instabilidade clínica dos pacientes (OLIVEIRA et al., 2013).

Nessa perspectiva, é importante que os profissionais possam contar com os protocolos assistenciais, para que ocorra a uniformização das ações, evitando as falhas e danos aos pacientes. A ausência de padronizações é entendida como aspecto dificultador da assistência. Os protocolos propiciam intervir de forma sistematizada e organizada, refletindo em assistência ágil, segura e de qualidade ao paciente (BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; MULCARE et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015a; LO et al., 2014; FAKIH et al., 2014; HEBDEN, 2014; TOMINAGA et al., 2014; CHENOWETH; SAINT, 2013).

Assim como os protocolos, o treinamento e a capacitação dos profissionais são ferramentas que asseguram a qualidade do cuidado, pois aprimoram e elevam o grau de profissionalização dos funcionários, permeando os aspectos da cultura de segurança do paciente (BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; COSTA et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; MULCARE et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015; VISWANATHAN et al., 2015; LO

et al., 2014; FAKIH et al., 2014; HEBDEN, 2014; SCOTT et al., 2014; TOMINAGA et al., 2014; VOLLMAN, 2013).

A ausência dos protocolos assistenciais e de treinamentos específicos gera tensão, estresse e desgaste emocional na equipe multiprofissional, ocasionando intervenções desnecessárias e retrabalho, o que repercute de forma negativa na saúde emocional do profissional, acarretando consequências para a assistência (ANGELIM; ROCHA, 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; CHAU et al., 2015; GARCIA et al., 2012).

Estratégias simples e efetivas como capacitar a equipe, seguir os protocolos assistenciais e organizar, planejar e implementar as ações podem garantir a saúde emocional dos profissionais, refletindo na qualidade da assistência ao paciente e na redução dos EADs (BAMPI et al., 2017; ANGELIM; ROCHA, 2016; BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; RIBEIRO; SILVA; FERREIRA et al., 2016; VISWANATHAN et al., 2015; LO et al., 2014; HEBDEN, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; TOMINAGA et al., 2014; AZEVEDO et al., 2013; CHENOWETH; SAINT, 2013).

Oportuno destacar as referências positivas, (18,5%), relacionadas à subcategoria **Realizar o trabalho frente às falhas na execução do CVD**, que demonstram postura profissional frente às intercorrências, exemplificadas a seguir:

“E os médicos pediram para esperar um tempo para passar a outra sonda [cateter foi retirado porque estava insuflado na uretra com presença de dor e sangramento].” (E11)

“Desprezei a sonda [procedimento contaminado por posicionamento do cateter no canal vaginal].” (E16)

“O funcionário me questionou [médico pediu para retirar o cateter vesical de demora de um paciente com lesão sacral de pele e muita diurese].” (E20)

“Ai abri a sonda [estava clampada inadequadamente, erro da enfermagem. Paciente com bexigoma].” (E15)

Revelando aspectos positivos, a categoria **Realizar o trabalho frente às falhas na execução do CVD** destaca que mesmo perante as limitações impostas à assistência, por questões decorrentes de aspectos físicos e estruturais, os profissionais se preocupam com o desfecho final dos comportamentos quando esses refletem prejuízos para o paciente. Assim, posturas éticas e de avaliação da assistência permeiam a prática assistencial.

A prevenção dos EADs e a assistência segura ao paciente são grandes desafios da enfermagem. Nesse sentido, os enfermeiros devem possuir compromisso ético na busca pela qualidade da assistência e utilizar estratégias como o diálogo, a mediação da execução do trabalho e do relacionamento entre a equipe para assistir de forma adequada aos pacientes

(RIBEIRO; SILVA; FERREIRA et al., 2016; SAINT et al., 2016; SANTOS et al. 2016; SCHWARTZ et al., 2015; KREIN et al., 2013).

A questão da segurança do paciente é uma temática que tem ganhado destaque entre os profissionais de enfermagem. Esses estão despertados às evidências científicas que assegurem a promoção do cuidado sem danos ao paciente, visando à qualidade da assistência (CHAU et al., 2015; MULCARE et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015a; OLIVEIRA et al., 2014; VOLLMAN, 2013).

Vale ressaltar a responsabilidade institucional em investir recursos para proporcionar condições de trabalho favoráveis aos profissionais, incentivando a transformação da dinâmica e das condições de trabalho, vislumbrando e estimulando a prática assistencial segura (MAZIERO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014).

Essa questão se mostra complexa e exige uma parceria fidedigna entre a instituição e os profissionais, com compromisso ético e moral para que se possa alcançar o objetivo de assistir o paciente, prezando pela segurança, integridade e respeito aos direitos do paciente e dos profissionais. Assim, para que seja possível vislumbrar a qualidade do cuidado, torna-se essencial uma boa interação entre gestores e enfermeiros (CHAU et al., 2015; DURATE et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2014).

A segunda subcategoria **Demonstrar consciência profissional durante o cuidado** reúne comportamentos que destacam a ética profissional envolvida no cuidar, com predomínio de referências positivas, (10,4%), como evidenciam as falas que se seguem:

“Falei para ela [médica] que não resolvia trocar apenas a sonda. Não tinha coletor fechado. Eu [enfermeiro] me recusei a passar.” (E18)

“Fiz [a assepsia do CVD] do jeito que eu acho que tem que fazer [médico havia falado para encerrar a assepsia antes do término]. Eu assumi minha postura [passou o CVD em situação de urgência, com técnica correta de assepsia, contradizendo o médico].” (E01)

“O paciente precisava ser sondado [fiz a assepsia do CVD com clorexidina sabão, por falta da aquosa]. A gente foi na chefia [falar da falta de clorexidina aquosa e adaptação da técnica de CVD].” (E01)

A questão da postura e ética profissional fica evidente nos relatos quando as situações denotam acontecimentos que podem gerar prejuízos aos pacientes. As falas demonstram que a cultura de segurança do paciente permeia as ações de enfermagem, quando esses profissionais assumem posturas visando evitar EADs.

Essa percepção e o posicionamento dos enfermeiros quanto aos EADs relacionam-se diretamente com a cultura institucional. Os EADs podem ser considerados como fator de estresse e insegurança à equipe, pois, geralmente, estão associados ao erro humano, porém, sob

a ótica gerencial, é importante considerar as relações existentes com as falhas do sistema institucional, identificando as potenciais fragilidades e repensando modelos assistenciais para a prática segura de enfermagem (BAMPI et al., 2017; SAINT et al., 2016; DURATE et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015; LO et al., 2014; DAVIS et al., 2014; REBRAENSP, 2013; VOLLMAN, 2013; BRASIL, 2010).

Nesse enfoque, é notória a necessidade de se investir na disseminação da cultura de segurança do paciente, sem que seja denotado aspecto punitivo diante da ocorrência dos EADs, pois admitir e relatar a ocorrência dos EADs são atitudes consideradas essenciais à qualidade e segurança do cuidado (ARAÚJO et al., 2016; CHAU et al., 2015; DUARTE et al., 2015; MULCARE et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015; DAVIS et al., 2014; ANDOLHE, 2013; VOLLMAN, 2013).

A qualidade do cuidado é uma questão que permeia os serviços de saúde, os quais vislumbram a assistência de excelência na busca pela satisfação do paciente, sendo a prevenção e notificação dos EADs, estratégias fundamentais à essa vertente (COSTA et al., 2016; GUCWA et al., 2016; MACEDO et al., 2016; SAINT et al., 2016; DURATE et al., 2015; KREIN et al., 2013; VOLLMAN, 2013).

Nesse sentido, como prevê o Código de Ética do Profissional de Enfermagem, o enfermeiro possui responsabilidade de comunicar e registrar os EADs, estando essa ação vinculada aos princípios éticos que regem a profissão para a garantia da assistência segura e do respeito aos direitos do paciente (REBRAENSP, 2013; SANTOS et al., 2010).

A consciência e responsabilidade profissional são aspectos irrefutáveis à oferta do cuidado seguro, sendo função do enfermeiro avaliar as ações de sua equipe. O bom relacionamento com a equipe propicia utilizar ferramentas assistenciais como a comunicação e o planejamento em prol de melhorias na assistência, visando o cuidado seguro aos pacientes (ARAÚJO et al., 2016; BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; COSTA et al., 2016; SANTOS et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; SOUZA et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2015; LO et al., 2014; FAKIH et al., 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

Já os comportamentos da subcategoria **Demonstrar consciência profissional durante o cuidado**, que reúnem referências negativas, (4,4%), relacionam comportamentos que dificultam a assistência segura ao paciente, devido às intercorrências como mostram as falas a seguir:

“Comentamos [enfermeiro falou para o médico que o CVD tinha sido contaminado], mas você conhece a equipe da cirúrgica né [não trocaram o cateter].” (E08)

“(...) Mas eles [médicos] ficaram inseguros também [realizar o CVD no paciente com possibilidade de lesão].” (E15)

“Eu falei que não tinha informação [sobre a possibilidade de lesão] suficiente [o médico queria sondar o paciente com suspeita de lesão].” (E15)

Assistir o paciente em situação de urgência e emergência requer conhecimento científico e habilidades específicas da equipe multiprofissional (ANGELIM; ROCHA, 2016; CARTER et al., 2016; FAKIH et al., 2014; GOMES, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013). Nessa perspectiva, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência e conheçam os preceitos do cuidado seguro, visando, assim, a assistência de qualidade e livre de danos ao paciente.

Apesar dos esforços e das estratégias utilizadas nas instituições de saúde para reduzir a ocorrência dos EADs, esses ainda são observados na prática assistencial, prejudicando o cuidado ao paciente (BAMPI et al., 2017; ARAÚJO et al., 2016; DUARTE et al., 2016; CAMARGO TOBIAS et al., 2014; ANVISA, 2013; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Portanto, investir em estratégias como comunicação eficaz, bom relacionamento entre a equipe de saúde e capacitação profissional, pode ser o caminho para amenizar as situações de estresse e de ocorrência dos EADs no cuidado ao paciente (ANGELIM; ROCHA, 2016; ARAÚJO et al., 2016; BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016; SOUZA et al., 2016; CHAU et al., 2015; LANZILLOTTI et. al, 2015; OLIVEIRA et al., 2015a; VISWANATHAN et al., 2015; SCOTT et al., 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

A identificação dos comportamentos, relativos a esse estudo, revela que apesar de existirem situações em que são necessárias adaptações técnicas e de improviso, os enfermeiros buscam alternativas para amenizar as consequências decorrentes (**Assistir perante os entraves relacionados à realização do cateterismo vesical de demora**), assumindo postura ética na tentativa de viabilizar a assistência segura ao paciente (**Avaliar o desempenho técnico-profissional relacionado ao cateterismo vesical de demora**).

6.5 IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS

Nesse estudo, foram identificadas 55 situações relacionadas à execução do CVD e aos EADs correlatos, sendo evidenciadas 93 consequências, que foram agrupadas por afinidade de conteúdo, resultando em duas categorias, apresentadas em frequências e percentuais com as respectivas atribuições positivas e negativas, expressas na tabela 7.

TABELA 7 – Distribuição das categorias de Consequências positivas e negativas, referentes à execução do cateterismo vesical de demora, consubstanciados dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016

CATEGORIAS DE CONSEQUÊNCIAS	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Consequências para o paciente	25	26,9	55	59,1	80	86
Consequências para o profissional	2	2,1	11	11,9	13	14
Total	27	29	66	71	93	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Da análise dos relatos, surgiram situações relativas à execução do CVD, sendo que as consequências decorrentes são apresentadas em duas categorias: **Consequências para o paciente** e **Consequências para o profissional**, as quais possuem referências prevalentemente negativas (71,0%).

A categoria **Consequências para o paciente** ressalta referências predominantemente negativas (59,1%), quando reporta falas que tratam da ocorrência de EADs, originários de problemas com recursos humanos e materiais, além da assistência de enfermagem oferecida fora dos parâmetros de qualidade e segurança. Por outro lado, as referências positivas dessa categoria, (26,9%), demonstram a preocupação dos enfermeiros em ofertar um cuidado seguro e de qualidade.

As situações que contemplaram a categoria **Consequências para o paciente** foram reagrupadas em subcategorias, expostas na tabela 8, segundo frequências e percentuais equivalentes, considerando-se as referências positivas ou negativas.

TABELA 8 - Distribuição das subcategorias de Consequências positivas e negativas, referentes às Consequências para o paciente, consubstanciadas dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016

SUBCATEGORIAS DE CONSEQUÊNCIAS	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Ocorrências de eventos adversos	0	0	49	61,2	49	61,2
Assistência segura e livre de traumas	25	31,3	0	0	25	31,3
Falta de segurança e qualidade do cuidado oferecido	0	0	6	7,5	6	7,5
Total	25	31,3	55	68,7	80	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

A subcategoria **Ocorrências de eventos adversos** destaca as consequências exclusivamente negativas, advindas da inabilidade profissional, aliadas às adaptações dos recursos materiais e humanos, que acabam por fragilizar a qualidade da assistência oferecida, gerando EADs ao paciente. Essa subcategoria expressa referências exclusivamente negativas, (61,2%), como exemplificado nas falas a seguir:

“Ficou [o paciente] com edema [após várias tentativas de CVD].” (E04)

“O paciente demonstrou que ficou muito preocupado com essa questão mesmo, de ter tido uma lesão mais grave [paciente teve dor no meato urinário e sangramento após retirada do cateter inserido inadequadamente].” (E03)

“A gente vê na face do paciente que ele ficou assim... constrangido [realizou CVD sem biombo].” (E02)

“Troquei a sonda [contaminada na vagina], não troquei a bolsa [falta de material], mas a sonda sim.” (E20)

“Tudo ficou dependente desse procedimento [CVD] e atrasou tudo [demora na execução por sobrecarga de trabalho do enfermeiro - falta de recurso humano].” (E19)

As referências negativas, expressas na subcategoria **Ocorrências de eventos adversos**, retratam todo o contexto de reflexão já realizado, nesse estudo, em relação aos EADs, evidenciando a importância de compreensão dos aspectos que envolvem a cultura de segurança do paciente e de investimento em recursos que propiciem reduzir os EADs, vislumbrando a qualidade da assistência.

A unidade de urgência e emergência, por suas características peculiares, denota estresse ao trabalho dos profissionais, o que acarreta implicações diretas na qualidade da assistência oferecida (ANGELIM; ROCHA, 2016; LORO et al., 2016; SANTOS et al., 2016; PORTELA et al., 2015; GARCIA et al., 2013; SCHMOELLER; GELBCKE, 2013). O enfermeiro, enquanto responsável pela organização do serviço e pelo cuidado direto ao paciente (VASCONCELOS et al., 2016; MAZIERO et al., 2014), avalia e percebe infrações éticas advindas dos profissionais, que na maioria das vezes refletem condições estruturais falhas, que acarretam em insegurança para o paciente (SANTOS et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; DUARTE et al., 2015; GOMES, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; ZAMBIASI; COSTA, 2013).

As condições deficitárias de trabalho, associadas a condições técnicas inadequadas e falta de atualização, são consideradas como obstáculos à humanização e à oferta do cuidado integral ao paciente (ANGELIM; ROCHA, 2016; CARTER et al., 2016; GUCWA et al., 2016; DUARTE et al., 2015; EVELYN LO et al., 2014). São condições que impõem aos profissionais

o imprevisto, gerando riscos para a o desenvolvimento de iatrogenias (OLIVEIRA et al., 2013). Assim, para que ocorra uma articulação positiva e eficaz das atividades de enfermagem, todo esse enfoque deve ser repensado e condições de trabalho devem ser oferecidas de forma adequada, gerando motivação, empenho e dedicação ao trabalho, fatores que podem colaborar para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir os EADs (ANGELIM; ROCHA, 2016).

Frente ao exposto, a notificação dos EADs se mostra tão importante quanto a sua identificação, pois somente através do reconhecimento e da comunicação dos mesmos, será possível tomar decisões relacionadas à cultura de segurança do cuidado. No entanto, é necessário que as ações iniciais envolvam a mudança do paradigma punitivo das notificações, promovendo assim a transformação cultural dos profissionais, possibilitando vislumbrar medidas preventivas realmente eficazes (ARAÚJO et al., 2016; COSTA et al., 2016; BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; SAINT et al., 2016; DUARTE et al., 2015; MIZEREK et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015; DAVIS et al., 2014; LO et al., 2014; KREIN et al., 2013; VOLLMAN, 2013).

Oportuno destacar, que os princípios éticos que regem a profissão de enfermagem devem sempre permear o cotidiano da prática assistencial, fortalecendo ações profissionais que visem a segurança do cuidado e o respeito ao paciente (MULCARE et al., 2015; SANTOS et al., 2010).

A subcategoria **Falta de segurança e qualidade do cuidado oferecido**, mesmo aparecendo em porcentagem menor, também apresentou referências exclusivamente negativas, (7,5%), relacionadas às deficiências da assistência, decorrentes de falta de adesão a protocolos, adaptações de técnicas e comunicação ineficaz, demonstradas a seguir:

[O enfermeiro realizou o CVD na pressão da urgência] ... “Mas não seguiu aquela técnica, do jeito que tem que ser [totalmente asséptica], do jeito que é padronizado, igual tem no protocolo.” (E01)

“O paciente já estava com uma bradicardia mais grave e ficou desse jeito mesmo [com o cateter contaminado durante o procedimento por falta de material e condição física].” (E05)

“Não teve um diálogo com o médico para discutir que era melhor para o paciente [médico pediu para retirar o cateter vesical, o paciente tinha lesão sacral de pele e muita diurese].” (E20)

Como observado, os relatos da subcategoria **Falta de segurança e qualidade do cuidado oferecido** denotam proximidade com a subcategoria **Ocorrências de eventos adversos**, relacionando aspectos físicos e estruturais que acarretam estresse ao profissional, propiciando a ocorrência dos EADs.

A questão do imprevisto e das adaptações está diretamente relacionada à escassez dos recursos humanos e materiais, contribuindo para a prática assistencial inadequada, a qual acarreta inúmeros malefícios ao cliente e ao profissional (LIMA et al., 2016; SANTOS et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; CHAU et al., 2015; GOMES, 2014; OLIVEIRA et al., 2014).

Toda essa situação gera insatisfação, culpa e desgaste, pois os profissionais reconhecem os aspectos negativos e os prejuízos decorrentes da precarização da assistência. Assunto que envolve questões éticas relacionadas à identidade e responsabilidade profissional, quando desperta nos enfermeiros a consciência negativa de aspectos que se referem à segurança para si e para o paciente (LIMA et al., 2016).

Nesse sentido, torna-se importante evidenciar aspectos que merecem ser avaliados e trabalhados com a equipe profissional, visando prevenir os EADs e melhorar a assistência oferecida ao paciente, como a utilização de protocolos (ANGELIM; ROCHA, 2016; BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; COSTA et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; DUARTE et al., 2015; MULCARE et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015a; ANVISA a, 2014; LO et al., 2014; FAKIH et al., 2014), a comunicação entre a equipe (COSTA et al., 2016; SANTOS et al., 2016; SOUZA et al., 2016; GOULART, 2015; MIZEREK et al., 2015; MULCARE et al., 2015; DAVIS et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013; KREIN et al., 2013) e a capacitação profissional (ANGELIM; ROCHA, 2016; BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; RIBEIRO; SILVA; FERREIRA et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; GOULART, 2015; VISWANATHAN et al., 2015; LO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014; SCOTT et al., 2014; AZEVEDO et al., 2013).

O cuidado ao ser humano fundamenta todas as atividades da enfermagem. Por isso, os profissionais precisam integrar conhecimentos, vivências e saberes assumindo seu papel com responsabilidade, possibilitando desenvolver suas funções com compromisso e profissionalismo, preenchendo as lacunas existentes no processo de trabalho. Somente assim será possível vislumbrar os preceitos do cuidado seguro ao paciente.

Contraditoriamente às subcategorias apresentadas, a subcategoria **Assistência segura e livre de traumas** revela somente referências positivas, (31,3%), com expressão significativa de consciência e perspicácia profissional relacionadas às condições seguras de assistência, como apresentado a seguir:

“Depois que a situação [urgência] estava mais tranquila a gente trocou a sonda [que o médico havia passado e contaminou].” (E08)

“No momento que fui desinsuflando [balonete insuflado com 33 ml de água], a urina já foi retornando pela sonda vesical [paciente com 24 hs em anúria].” (E19)

“Teve treinamento da educação continuada [orientaram a técnica de CVD, especialmente em relação às adaptações por falta de material, mediante reclamação da equipe].” (E01)

Os relatos demonstram que a questão da prevenção dos EADs permeia a prática assistencial da enfermagem, haja vista que os profissionais se preocupam em regularizar situações inadequadas, buscando otimizar o cuidado e evitar prejuízos aos pacientes.

A literatura aponta para essa vertente e enfatiza a preocupação dos profissionais de enfermagem com essa questão, destacando que os enfermeiros buscam desempenhar efetivamente a assistência incorporando o conhecimento científico à prática clínica, assegurando o cuidado de qualidade e livre de danos ao paciente (CHAU et al., 2015; DUARTE et al. 2015; MIZEREK et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2014).

É evidente a responsabilidade do enfermeiro no que tange os preceitos do cuidado direto a vidas humanas. Assim, as ações assistenciais desse profissional devem estar respaldadas em conhecimento teórico-prático, evitando situações que coloquem em risco a vida do paciente (CHAU et al., 2015; AZEVEDO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013).

Oportuno enfatizar a importância da educação permanente como recurso para aprimorar o conhecimento e reorientar a prática profissional. Essa estratégia utiliza os problemas cotidianos do trabalho para desenvolver nos profissionais a percepção de responsabilidade e da necessidade de atualização técnico-científica, visando a integralidade do cuidado (TENKE et al., 2017; BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; SANTAREM, 2016; CHAU et al., 2015; MIZEREK et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015a; LO et al., 2014; SANTOS; COUTINHO, 2014; VOLLMAN, 2013).

A educação, quando envolvida na solução de problemas de enfermagem, possibilita momentos crítico-reflexivos relacionados ao cuidado, que podem colaborar para a reorganização dos processos de trabalho, buscando um sentido novo ao cuidado, evidenciando a interface trabalho, ensino e aprendizagem (TENKE et al., 2017; SANTAREM, 2016; PAIM; ILHA; BACKES, 2015; VISWANATHAN et al., 2015; LO et al., 2014; SANTOS; COUTINHO, 2014).

Nesse cenário, a educação no trabalho não deve ser entendida como proposta, mas como estratégia eficaz para melhoria da assistência e redução dos EADs (TENKE et al., 2017; BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; SANTAREM, 2016; LANZILLOTTI et. al, 2015; DAVIS et al., 2014; LO et al., 2014; TOMINAGA et al., 2014; VOLLMAN, 2013). Compreender a necessidade da educação e aplicar esse recurso nos processos de trabalho da enfermagem pode

despertar nos profissionais atitudes que visem promover o cuidado seguro (OLIVEIRA et al., 2015a; VISWANATHAN et al., 2015).

Os dados evidenciaram que a categoria **Consequências para o paciente** expressa uma realidade negativa da prática assistencial de enfermagem, vinculada a situações que envolvem questões burocráticas, com falta de recursos adequados para garantir a qualidade da assistência, e de questões relacionadas às dificuldades cognitivas e de destreza profissional. Por outro lado, a categoria retrata uma faceta positiva que traz aspectos voltados à preocupação desses profissionais na oferta de uma assistência de qualidade.

Frente a essa concepção, podemos inferir que as informações relativas a essa categoria permeiam todos os níveis da análise do estudo, evidenciadas nas situações e comportamentos apresentados. Em todas as etapas, as referências são predominantemente negativas e os conteúdos afins, demonstrando estreita relação das informações, o que corrobora para a autenticidade aos dados.

Os relatos também evidenciaram informações referentes à execução do CVD que decorreram em **Consequências para o profissional**. A tabela 9 apresenta as subcategorias de consequências que integram essa categoria apresentadas com frequências e percentuais, assim como, suas referências positivas e negativas.

TABELA 9 - Distribuição das subcategorias de Consequências positivas e negativas, referentes às Consequências para o profissional, consubstanciadas dos incidentes críticos relatados pelos enfermeiros da unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público, Uberaba – MG, 2016

SUBCATEGORIAS DE COMPORTAMENTOS	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Retrabalho	2	15,4	9	69,2	11	84,6
Constrangimento	0	0	2	15,4	2	15,4
Total	2	15,4	11	84,6	13	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Na categoria **Consequências para o profissional**, as falas foram agrupadas por similaridade de conteúdo em duas subcategorias, **Retrabalho** e **Constrangimento**, evidenciando que a maioria das referências são negativas, (84,6%).

As informações relativas à subcategoria **Retrabalho** expressam dados referentes à execução de tarefas repetidas por inabilidade profissional, ou pela necessidade de refazer uma

intervenção realizada por outra pessoa, como entraves à prática assistencial. Essas possuem caráter predominantemente negativo, (69,2%), como mostra as falas a seguir:

“Tivemos que fazer tudo [CVD] de novo [o médico havia passado o CVD na urgência e contaminou].” (E08)

“Tive que começar de novo [CVD], pegar outro material [contaminou o material por improvisar a técnica – falta de material].” (E12)

“Quando terminou [médico realizou CVD e não identificou] eu [enfermeiro] fui lá e identifiquei.” (E15)

“Levou tempo [repassar CVD que havia contaminado na urgência], tive que fazer novamente.” (E08)

A sobrecarga de atividades e o estresse são características que envolvem o trabalho na unidade de urgência e emergência (ANGELIM; ROCHA, 2016; LORO et al., 2016; CHAU et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015a; PORTELA et al., 2015; MARTINS et al., 2014; ZAMBLAZI; COSTA, 2013). Nesse sentido, a questão do retrabalho é entendida como uma consequência negativa à assistência, pois além de demandar tempo do profissional, acaba por gerar estresse.

Nessa perspectiva, a utilização dos protocolos assistenciais é uma ferramenta que pode influenciar positivamente essa questão, pois são considerados como facilitadores do cuidado ao paciente quando uniformizam as ações. Os protocolos possibilitam sistematizar as ações, viabilizando a autonomia profissional e o cuidado de qualidade (BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; MULCARE et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015a; VISWANATHAN et al., 2015; LO et al., 2014; FAKIH et al., 2014; HEBDEN, 2014; TOMINAGA et al., 2014), refletindo na agilidade e na qualidade da assistência ao paciente (ANGELIM; ROCHA, 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016).

São notórias a relevância e a importância da utilização dos protocolos na prática assistencial, pois a equipe de saúde é composta por vários profissionais com saberes e vivências diferenciadas. Contudo, o aspecto multiprofissional da equipe não assegura o trabalho integrado, que vislumbra protocolos compartilhados (SOUZA et al., 2016; HEBDEN, 2014), sem os quais o processo de trabalho mostra-se fragmentado, reportando a uma realidade que não aproxima os profissionais e seus saberes, produzindo ações isoladas e duplicadas, dificultando a integralidade (GOULART, 2015).

As relações pouco fortalecidas levam à falta de colaboração entre a equipe, o que pode ser considerado como fator agravante à assistência de qualidade (SILVA; MORAES;

RIBEIRO, 2016; SOUZA et al., 2016; GOULART, 2015; KREIN et al., 2013), pois o cuidado é ofertado de forma individual e fragmentada.

Utilizar estratégias que promovam a integração, a interação e um bom relacionamento entre a equipe, são consideradas fundamentais ao cuidado (SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; SOUZA et al., 2016; GOULART, 2015; KREIN et al., 2013; GARCIA, et al, 2012). O trabalho em equipe propicia o agir coletivo, a incorporação de saberes e o fazer articulado, colaborando para a complementariedade das ações (SOUZA et al., 2016; GOULART; COELHO; CHAVES, 2014).

Nesse contexto o trabalho em equipe é considerado como prática inovadora e precisa ser compreendido como fortalecedor da prática profissional que visa o cuidado integral ao paciente, pois possibilita a soma de esforços e a integração da equipe (SOUZA et al., 2016; GOULART, 2015; KREIN et al., 2013).

Apesar do contexto negativo que envolve o retrabalho, os relatos dessa subcategoria evidenciam aspectos positivos (15,4%) relacionados à responsabilidade ética dos profissionais como evidenciado nos relatos:

“Na hora de colocar a identificação [CVD realizado pela equipe médica sem identificação] eu [enfermeiro] coloquei que foi passada pela equipe da cirúrgica e que tinha 20 ml de água destilada no balonete.” (E15)

“Eu desprezei todo o material [de CVD que estava contaminado por erro de técnica - Retrabalho] para não ter problema [para o paciente].” (E16)

A repercussão da assistência inadequada desperta nos profissionais o compromisso com a prática do cuidado seguro ao paciente (BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; CAVALCANTI et al., 2016; LIMA et al., 2016; RIBEIRO; SILVA; FERREIRA et al., 2016; SCHWARTZ et al., 2015; SANTOS et al., 2010). Garantir a qualidade do cuidado ao paciente, evitando ou minimizando os EADs, é uma vertente que norteia a prática assistencial da enfermagem (CAMARGO TOBIAS et al., 2014; REBRAENSP, 2013; SANTOS et al., 2010).

Mesmo perante a sobrecarga de trabalho e do refazer de atividades, o enfermeiro assume sua postura profissional, conduzindo a assistência dentro de parâmetros estipulados pela cultura de segurança do paciente. Essa questão do respeito e do compromisso com a assistência, mesmo perante entraves vinculados à prática, demonstra que a enfermagem tem pautado suas ações na assistência humanizada ao paciente e não no modelo biomédico, tecnicista (SAINT et al., 2016; CHAU et al., 2015; SCHWARTZ et al., 2015; VOLLMAN, 2013; GARCIA et al., 2012).

Desse modo, o agir ético, respaldado nas premissas do Código de Ética do Profissional de Enfermagem, permeia as ações de enfermagem, evidenciando o cuidado seguro, revertendo

os benefícios dessa ação ao paciente, garantindo a qualidade da assistência e o cuidado integral (ZANDOMENIGHI et al., 2014; REBRAENSP, 2013; SANTOS et al., 2010).

Prevenir as intercorrências oriundas do cuidado é um aspecto que envolve a prática assistencial e vai ao encontro dos preceitos da assistência segura, garantindo os direitos do paciente e respaldando os deveres do profissional.

Nessa perspectiva, fica evidente a necessidade de investir esforços, partindo das instituições e dos gerentes de saúde, relacionados à cultura de segurança do paciente, despertando os profissionais para o compromisso com o cuidado, envolvendo questões que promovam a saúde ocupacional dos profissionais e a assistência integral ao paciente.

A segunda subcategoria, **Constrangimento**, possui apenas referências negativas, (15,4%). Retrata informações que se remetem à questão de situações embaraçosas, em que a timidez ou encabulamento do profissional, tornam a situação desagradável, dificultando indiretamente a assistência, como demonstrado nos relatos que se seguem:

“Não é agradável. Eu me senti desconfortável, pressionada [enfermeiro realizou o CVD na urgência, com a equipe observando e esperando pelo paciente].” (E15)

“Não falei nada [balonete insuflado com 20 ml de água], por ser Staff é mais um motivo da gente ficar constrangida de corrigir um procedimento.” (E18)

Refletindo sobre as questões envolvidas nas situações que podem causar constrangimento aos profissionais, alguns aspectos chamam a atenção e são passíveis de discussão: a habilidade técnica, a comunicação e o trabalho em equipe.

A insatisfação e o sofrimento profissional vinculados ao trabalho na enfermagem relacionam-se diretamente com aspectos como a falta de conhecimento e o esgotamento (WORM et al., 2016). Já a satisfação diz respeito ao bem estar profissional e à promoção da assistência qualificada aos pacientes (GUCWA et al., 2016; WORM et al., 2016).

Considerando essa vertente, para que o cuidado nos serviços de urgência e emergência possa ser oferecido dentro dos parâmetros de qualidade e de segurança, é necessário que os profissionais estejam capacitados para tal (ANGELIM; ROCHA, 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; GUCWA et al., 2016; MULCARE et al., 2015; VOLLMAN, 2013; ZAMBIASI; COSTA, 2013). Contrariamente, a insegurança técnica pode gerar desgaste emocional, tendo como consequências agravos à saúde ocupacional, refletindo na assistência ao paciente (LO et al., 2014; MARTINS et al., 2014).

Importante evidenciar o vínculo entre capacitação profissional, promoção da saúde do trabalhador e oferta do cuidado ao paciente, destacando a capacitação como instrumento do processo de trabalho que possibilita desenvolver habilidade técnica e, conseqüentemente,

controle emocional (ANGELIM; ROCHA, 2016; BELL; ALAESTANTE; FINCH; 2016; MIZEREK et al., 2015; VISWANATHAN et al., 2015; SCOTT et al., 2014; ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

Outro instrumento que possibilita ajustes na prática assistencial é a comunicação, que viabiliza as interações, a socialização e a motivação entre a equipe (BAMPI et al., 2017; COSTA et al., 2016; SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; SOUZA et al., 2016; GOULART, 2015; MIZEREK et al., 2015; MULCARE et al., 2015; DAVIS et al., 2014; FAKIH et al., 2014). Possuir liberdade de expressão é um aspecto considerado positivo que colabora para que os profissionais sejam participativos e motivados. No entanto, a falta de conhecimento e habilidade podem dificultar o processo de comunicação entre a equipe (WORM et al., 2016).

A comunicação, entendida como recurso de integração da equipe de trabalho, favorece o diálogo, a escuta, a troca de informações entre os profissionais, a argumentação e a negociação colaborando, assim, para a assistência efetiva ao paciente (SOUZA et al., 2016; GOULART, 2015).

Nessa perspectiva, quando a equipe está envolvida com os preceitos da comunicação, ocorre a possibilidade de desenvolver o trabalho em equipe. A cooperação associada à comunicação facilita as relações interpessoais e o bom relacionamento entre os profissionais, o que são fundamentais para minimizar situações de estresse e promover o trabalho em equipe (GOULART, 2015; VISWANATHAN et al., 2015; MARTINS et al., 2014; KREIN et al., 2013;). O trabalho em equipe é considerado estratégia eficaz na superação de obstáculos no trabalho (SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016; SOUZA et al., 2016; GOMES, 2014; SILVA et al., 2012).

Frente ao exposto, torna-se relevante evidenciar a educação permanente como recurso essencial à estruturação das atividades de enfermagem, buscando fundamentação nas proposições do trabalho em equipe. Atividades gerenciais que visem avaliar e acompanhar as condições de trabalho e saúde de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde, bem como a reestruturação e organização do trabalho são ações que podem fortalecer as relações e minimizar os agentes estressores.

Apesar dos aspectos predominantemente negativos das categorias de **Consequências para o paciente e Consequências para o profissional**, uma análise reflexiva possibilita visualizar os pontos positivos ocultos.

A ocorrência de EADs, seja por inabilidade profissional, por falta de recursos disponíveis ou complicações decorrentes de intervenções afeta tanto os pacientes quanto os profissionais. Quando compreendemos que os profissionais se sentem afetados por situações

como realizar atividades mais de uma vez, ser avaliados e julgados por outras pessoas e, ainda, por ter que assumir suas deficiências técnicas, podemos dizer que os EADs também possuem interferência negativa sobre essa categoria.

Porém, os dados nos mostram que existe uma consciência profissional envolvida nessa questão e que determinadas atitudes, como colaboração, indagação a outros profissionais e mesmo a situação de alerta e vigia em relação à prática assistencial, representam a consciência desses profissionais em relação à qualidade e segurança do cuidado oferecido.

Nesse sentido, os resultados evidenciam estreita relação entre as situações, os comportamentos e as consequências desveladas pelos dados, sendo que as referências positivas e negativas apontam aspectos que facilitam e dificultam o CVD. Esse contexto reflete diretamente na prática assistencial, trazendo implicações para o paciente e para o enfermeiro.

Garantir o cuidado seguro e livre de danos deve ser um compromisso ético do enfermeiro. Pertinente destacar a relevância do aspecto gerencial permeador das atividades de enfermagem que colabora para se vislumbrar as estratégias de prevenção das intercorrências relacionadas ao CVD, reduzir os EADs e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência.

Este estudo teve como objetivo analisar as circunstâncias que envolvem os eventos adversos relacionados ao CVD segundo percepção dos enfermeiros, utilizando a TIC para coletar, categorizar e analisar as informações obtidas, sendo identificados os ICs que compuseram as situações, comportamentos e consequências relacionados à execução do CVD, na perspectiva dos enfermeiros da unidade de urgência e emergência do PSA-HC-UFTM.

As categorias analisadas apontam referências predominantemente negativas, evidenciando aspectos que dificultam a execução do CVD e que comprometem a qualidade e a segurança do cuidado, gerando consequências para o paciente e para o profissional.

Os resultados mostram as referências negativas que apareceram com maior frequência: escassez de recursos materiais e humanos; inabilidade técnica; déficit de conhecimento; trabalhar sob pressão; falta de padronização; falta de comunicação; retrabalho e constrangimento.

Tecendo uma reflexão geral, os resultados demonstram que existem várias dificuldades relacionadas à execução do CVD, no PSA-HC-UFTM, sendo que todas se encontram intercaladas, desvelando aspectos que propiciam a ocorrência dos EADs e interferem, diretamente, na qualidade e segurança do cuidado oferecido.

As menções negativas relacionadas à falta de materiais reportam-se diretamente às limitações encontradas na prática assistencial, provindas da ausência e/ou da inadequação de materiais específicos, que levam a situações de improviso, causando prejuízos ao paciente e dificultando as rotinas da enfermagem.

A insuficiência de profissionais para assistir o paciente também aparece, ainda que em menor proporção, como entrave à prática assistencial, por acarretar sobrecarga de atividades ao enfermeiro e necessidade de colaboração entre a equipe para a execução do trabalho. Essa situação predispõe ao estresse e desgaste profissional, contribuindo para inadequações técnicas durante a execução do CVD.

Somada a esse contexto, aparece a inabilidade técnica destacando as deficiências cognitivas e a falta de habilidade profissional que contribuem negativamente dificultando a assistência segura. Correlacionando as informações, outro aspecto que também aparece nos resultados como condição limitante à prática, e que está em consonância com as discussões é o déficit de conhecimento. Situações entendidas como negativas - inabilidade técnica e déficit de conhecimento - pois geram desgaste e desmotivação profissional.

Todas essas situações repercutem diretamente na saúde emocional do profissional acarretando a qualidade da assistência oferecida, propiciando a ocorrência dos EADs. São

aspectos que revelam características negativas da prática assistencial, pois ocasionam consequências físicas aos pacientes.

Assim, o trabalho de enfermagem deve acontecer de forma articulada e concatenada, sendo necessário viabilizar a organização do serviço e oferecer condições adequadas de trabalho aos profissionais, promovendo o equilíbrio emocional e físico desses, colaborando para reduzir os EADs e os prejuízos ao paciente.

Outra vertente que também corrobora com a efetividade das ações de enfermagem é a capacitação da equipe multiprofissional, um recurso essencial à qualidade do cuidado integral ao paciente e eficaz na redução dos EADs.

Portanto, conhecer as lacunas cognitivas e as deficiências técnicas relacionadas à assistência é um recurso essencial para um plano eficaz de treinamento e capacitação dos enfermeiros, sendo a educação permanente a vertente para a reorientação da assistência, vislumbrando a qualidade do cuidado.

Trabalhar sob pressão foi outra referência negativa destacada nos resultados que aponta as dificuldades de assistir o paciente com qualidade e segurança, perante o estresse imposto pelas situações de urgência e emergência. Esse tipo de atendimento demanda destreza e agilidade profissional. Assim, o treinamento da equipe se revela significativo nessa situação, pois a inabilidade técnica e a insegurança podem gerar estresse, sendo esse considerado como fator negativo à qualidade da assistência.

Nesse contexto, a educação permanente aparece novamente vinculada à assistência. A capacitação científica e o treinamento efetivo dos profissionais são estratégias concretas que visam propiciar o conhecimento teórico e prático e, conseqüentemente, habilidade e segurança dos profissionais, resultando na competência técnica e na oferta do cuidado seguro.

A falta de padronização também aparece nos resultados como referência com conotação negativa à assistência. Essa decorre de situações em que a baixa adesão aos protocolos assistenciais gera inadequações técnicas e limitações à assistência, levando prejuízos ao paciente, questão essa que contradiz os preceitos da cultura de segurança do paciente. A utilização efetiva dos protocolos possibilita sistematizar as ações e planejar a assistência, o que contribui para o cuidado holístico e livre de danos, pois promove a profissionalização da prática assistencial.

Outra alusão negativa que impõe dificuldades ao cuidado de excelência é a comunicação ineficaz entre a equipe. Os resultados evidenciam a dificuldade de se manter um bom nível de comunicação entre a equipe multiprofissional. Mais uma vez a questão da educação permanente entremeia a discussão enquanto instrumento capaz de propiciar segurança e confiança ao

profissional, permitindo a esse manter um relacionamento nivelado com toda a equipe de saúde, estratégia que valoriza a quebra de paradigmas tecnicistas, garante o cuidado seguro e reduz a ocorrência dos EADs.

As referências negativas que evidenciam as consequências para o profissional incluem o retrabalho e o constrangimento que envolvem os temas já discutidos. O retrabalho se reporta à escassez de recursos humanos, à ausência de colaboração entre a equipe e à baixa adesão aos protocolos assistenciais; e o constrangimento, à falta de habilidade técnica e domínio cognitivo, à comunicação insuficiente entre a equipe e à ausência dos preceitos de trabalho em equipe.

Essas questões desgastam os profissionais e, conseqüentemente, geram entraves à assistência e, também, prejuízos ao paciente. Deve ser entendido como um dos deveres do enfermeiro, garantir o cuidado seguro ao paciente, evitando EADs, mesmo perante as limitações humanas e a precarização dos serviços de saúde. Capacitar os profissionais visando fortalecer as ações referentes ao cuidado, bem como buscar um ambiente de trabalho amistoso, voltado para a harmonia entre a equipe, para a comunicação efetiva e para os preceitos do trabalho em equipe são estratégias que colaboram para a redução dos EADs, vislumbrando a assistência humanizada e o cuidado seguro.

Mesmo não havendo predomínio das referências positivas, elas se mostram significativas e desvelam os aspectos facilitadores relacionados à execução do CVD, sendo as mais frequentes a consciência profissional com o cuidado, a cooperação entre equipe e a ética profissional frente a intercorrências.

As referências positivas apresentadas nos resultados salientam que o cuidar é entendido como essencial e que o enfermeiro, mesmo perante às limitações estruturais e físicas impostas à assistência, assume sua função com compromisso, responsabilidade e postura ética, valorizando aspectos como a comunicação e a colaboração entre a equipe.

O agir com consciência profissional é uma questão que evidencia a preocupação dos profissionais em relação à assistência de qualidade oferecida com segurança ao paciente. Temática que tem se fortalecido no cotidiano da enfermagem e evidencia que os profissionais estão mais atentos às questões que asseguradoras da promoção do cuidado livre de danos ao paciente.

A consciência profissional, além de ser considerada essencial ao cuidado seguro, revela-se um dos grandes desafios para a enfermagem que busca a qualidade e a segurança das ações assistenciais.

As menções positivas elencam a interação entre os profissionais e, conseqüentemente, a colaboração entre a equipe, entendendo-a como facilitadora à assistência. Assim, articular o

processo de trabalho na enfermagem requer investir em estratégias como o bom relacionamento, o diálogo e o aprendizado acerca de discussão de condutas, que podem contribuir para ações que facilitem o cuidado.

É evidente a preocupação e o compromisso dos profissionais com a assistência ao paciente quando esses, além de se desdobrarem para executar suas atividades sem gerar danos ao paciente, procuram avaliar e encontrar soluções para as situações decorrentes da assistência oferecida de maneira inadequada.

Assim, os resultados apresentam claramente as questões fortalecedoras do trabalho em equipe quando evidenciam a cooperação e a colaboração entre as equipes médica e de enfermagem e destacam aspectos importantes como a presença de um profissional para auxiliar o desenvolvimento das atividades rotineiras frente à sobrecarga de trabalho, a troca de informação entre as equipes e o respaldo médico, entendidos como facilitadores do processo de trabalho.

Ressalta-se a importância de estabelecer um ambiente harmonioso de trabalho, em que ocorra a articulação entre os enfermeiros, visando a promover ações de melhoria para os relacionamentos e estabelecer um clima de trabalho em equipe, no qual os profissionais possam desenvolver suas atividades buscando a cooperação e a cumplicidade, sem interposições hierárquicas, visando à qualidade e à segurança do cuidado.

As alusões positivas evidenciadas nos resultados relacionadas à ética destacam a postura profissional frente a situações práticas adversas. Por sua vez, os enfermeiros assumem posturas e condutas éticas visando prevenir e evitar os EADs. Isso interage diretamente com as menções positivas vinculadas à consciência profissional e demonstra a proximidade e o envolvimento do enfermeiro com os aspectos que envolvem a cultura de segurança do paciente.

A responsabilidade e a consciência profissional são aspectos incontestáveis à assistência de enfermagem integral ao paciente. Os enfermeiros precisam pautar suas atividades nos fundamentos do cuidado holístico e seguro.

Disseminar aspectos da cultura de segurança entre os profissionais vislumbrando a excelência e qualidade da assistência é uma estratégia que pode ser considerada essencial à segurança do cuidado e à satisfação dos pacientes.

Assim, as referências evidenciadas nos resultados desse estudo mostram-se, predominantemente negativas, destacando aspectos que causam entraves significativos à assistência e que geram prejuízos aos pacientes. Apontam para deficiências pessoais e institucionais que limitam a assistência e levam a intercorrências, fortalecendo ações inadequadas e propiciando à ocorrência dos EADs.

Essa situação desvela a falta de segurança na assistência oferecida ao paciente, quando envolve o agir de forma improvisada, o trabalhar sob pressão em ambiente com recursos escassos, a inabilidade profissional e o retrabalho da enfermagem.

Fica evidente a necessidade de se investir em estratégias que visem a assistir o paciente com segurança e qualidade e a reduzir as consequências negativas advindas da assistência. Promover um ambiente de trabalho adequado com recursos humanos e materiais suficientes, estimular a capacitação profissional e utilizar a comunicação e o trabalho em equipe como fortalecedores, desse processo, são ações que podem contribuir para a mudança do paradigma em questão.

Apesar dos aspectos negativos apresentarem-se predominantes, as referências positivas desse estudo representam de maneira significativa, a preocupação dos enfermeiros com os aspectos que envolvem a assistência segura e qualidade ao paciente. Assim, fica evidenciado o compromisso profissional pautado na consciência e postura ética dos enfermeiros frente às intercorrências oriundas do cuidado inadequado.

O processo de comunicação e o trabalho em equipe aparecem como instrumentos que norteiam as relações e promovem a cooperação multiprofissional, contribuindo para a assistência integral ao paciente.

Os resultados permitem entender que, apesar da segurança do paciente ser um aspecto que permeia a assistência de enfermagem relacionada ao CVD, essa é uma temática que merece ser difundida e trabalhada, pois ainda encontra barreiras à sua efetividade.

A despeito da consciência profissional que envolve as atividades do enfermeiro é necessário que ocorram mudanças organizacionais, incorporando as referências do trabalho em equipe, da comunicação e da educação permanente como precursores do cuidado seguro e de qualidade.

Espera-se que tais resultados possam contribuir para reflexões aprofundadas sobre a temática, vislumbrando elencar, pragmaticamente, as necessidades de mudanças relacionadas à realidade que envolve o CVD nas unidades de urgência e emergência. Despertar os profissionais para uma avaliação crítica e realista de suas ações, pode ser uma estratégia eficaz para interpor os preceitos do cuidado seguro à prática assistencial.

O estudo em questão deixa como contribuição um caminho a ser percorrido através da educação permanente e do trabalho em equipe, a fim de que o cuidado de enfermagem possa ser oferecido com qualidade e segurança.

Para tal, é necessário que os enfermeiros valorizem os aspectos gerenciais circundantes de suas atividades e utilizem instrumentos que possibilitem supervisionar e avaliar criticamente

as ações, visando conhecer as deficiências e as fragilidades envolvidoras das intervenções de enfermagem.

Acompanhar essa realidade é fator primordial para desvelar os EADs envolvidos no processo do cuidado e garantir a prevenção dos mesmos através de ações educativas, pautadas nos preceitos da educação permanente, considerada estratégia fundamental para promover a organização do ambiente de trabalho, o treinamento e a qualificação dos enfermeiros.

Oportuno destacar, como proposta, para intervenções futuras, desenvolver a capacitação dos enfermeiros atuantes no PSA/HC/UFTM, pautada nos aspectos negativos e positivos relacionados ao CVD, evidenciados nesse estudo. Acredita-se que seja um recurso eficaz para fortalecer o cognitivo e aprimorar o domínio prático dos enfermeiros, contribuindo diretamente para reduzir os EADs e ofertar o cuidado seguro ao paciente.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF, 2014a. 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> Acesso em: 06 abr. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde**. Brasília, DF, 2014b. 60 p. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/modulo-6-implantacao-nucleo-de-seguranca-do-paciente.pdf>> Acesso em: 06 abr. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Segurança no ambiente hospitalar**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_hosp.pdf> Acesso em: 06 abr. 2015.

ANDOLHE, R. **Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva**: estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de efeitos adversos incidentes. 2013. 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) -- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Tese_Doutorado_Rafaela_Andolhe%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Tese_Doutorado_Rafaela_Andolhe%20(1).pdf). Acesso em: 20 fev. 2017.

ANGELIM, R. C. M.; ROCHA, G. S. A. Produção científica acerca das condições de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3845-3859, jan./mar., 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/4473/pdf_1800> Acesso em: 10 mar. 2017.

ARAÚJO, J. S. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21, n. 4, p. 01-08, out./dez., 2016.

AZEVEDO, A. L. C. S.; et al. Ações assistenciais e gerenciais do enfermeiro em urgências traumáticas. **Invest. Educ. Enferm.**, Medellín, v. 31, n. 1, p. 36-43, mar., 2013.

BAMPI, R. et al. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 11, n. 2, p. 584-90, fev., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11977/14528>>. Acesso em: 02 de abr. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BECCARIA, L.M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Ter. Intensiva (Online)**, Rio de Janeiro, 21, n. 3, p. 276-82, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>>. Acesso em: 10 fev 2017.

BELL, M. M.; ALAESTANTE, G.; FINCH, C. A multidisciplinary intervention to prevent catheter-associated urinary tract infections sing education, continuum of care, and systemwide buy-in. **Ochsner J.**, Easton, MD, v. 16, n. 1, p. 96–100, 2016.

BIÃO e SILVA, A. C. A. **Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar**. 2016. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/20786/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20Enf_%20Ana%20Cl%C3%A1udia%20de%20Azev%C3%AAdo%20Bi%C3%A3o%20e%20Silva.pdf> Acesso em:10 mar. 2017

BOHOMOL, E.; TARTALI, J. A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm. (Online)**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 376-81, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a12.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 18 de maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. 64 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

CALFEE, D. P. Crisis in hospital-acquired, healthcare-associated infections. **Sci. Basis Med. Annu. Rev.**, London, v. 63, p. 359-71, 2012.

CAMARGO TOBIAS, G. et al. Cultura de segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Enferm. Glob.**, Murcia, Espanha, n. 33, p. 349-361, jan., 2014.

CARTER, E. J. et al. Emergency department catheter-associated urinary tract infection prevention: multisite qualitative study of perceived risks and implemented strategies. **Infect. Control Hosp. Epidemiol.**, New Jersey, vol. 37, n. 2, P. 156–162, feb., 2016.

CAVALCANTE, M. L. S. N. Indicadores de saúde e a segurança do idoso institucionalizado. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 602-609, 2015.

CHAU, J. P. C. et al., A longitudinal examination of the association between nurse staffing levels, the practice environment and nurse sensitive patient outcomes in hospitals. **BMC Health Serv. Res. (Online)**, London, v.15, n. 538, 2015.

CHENOWETH, C; SAINT, S. Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the intensive Care Unit. **Crit. Care Clin.**, Philadelphia, v. 29, p. 19-32, 2013.

CONTERNO, L. O.; LOBO, J. A.; MASSOM, W. Uso excessivo do cateter vesical em pacientes internados em enfermarias de hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 645, n. 5, p. 1089-96, 2011.

COSTA, D.V.S. et al. Contribuições da enfermagem na segurança do paciente da unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 10, n. 6, p. 2177-88, jun., 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/7051-89008-1-PB%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/7051-89008-1-PB%20(7).pdf)> Acesso: em: 08 fev. 2017.

DAVIS, K. F. et al. Reducing catheter-associated urinary tract infections: a quality-improvement initiative. **Pediatrics**, Evanston, v. 134, n. 3, e.857, sep., 2014.

DELA COLETA, J. A. A análise do trabalho e a determinação de critérios em psicologia aplicada. **Arq. Bras. Psicol. Apl.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 71-82, jul./set., 1972.

Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/16884/15696>>. Acesso: em: 20 mar. 2016.

DELA COLETA, J. A. A técnica dos incidentes críticos: aplicações e resultados. **Arq. Bras. Psicol. Apl.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 35-58, abr./jun., 1974. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/17076/15875>>. Acesso: em: 20 mar. 2016.

DELA COLETA; J. A.; DELA COLETA, M. F. **A Técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na psicologia, administração, saúde e educação**. Taubaté: Cabral, 2004. 130 p.

DUARTE, C. G. et al. Cuidado do paciente como fonte de sofrimento moral de docentes de cursos técnicos em enfermagem. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 12-16, 2016.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n.1, p. 144-54, jan./fev., 2015.

FAKIH, M. G. et al. Avoiding Potential Harm by Improving Appropriateness of Urinary Catheter Use in 18 Emergency Departments. **Ann. Emerg. Med.**, Lansing, v. 63, n. 6, p. 761-768, June, 2014.

FAKIH, M. G. et al. Reducing inappropriate urinary catheter use: a statewide effort. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 172, p. 255-60, 2012.

FERNANDES, H. S.; JÚNIOR, S. A. P; FILHO, R. C. Qualidade em terapia intensiva. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, p. 37-45, 2010.

FLANAGAN, J. C. A Técnica do Incidente Crítico. **Arq. Bras. Psicol. Apl.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 99-141, 1973.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, J. R F.; NETO, D. L. Níveis de estresse ocupacional e atividades estressoras em enfermeiros de unidades de emergência. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 15, n. 5, p.732-42, set./out., 2014.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Universidade Federal da Bahia. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p.139 -152, 2004.

GARCIA, A. B. et al. O sofrer no trabalho: sentimentos de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 3, p, 416-423, jul/set., 2013.

GARCIA, A. B. et al. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, v. 2, p.153-159, jun., 2012.

GERMAIN, C. Ethnography: the method. In: MUNHALL, P.L.; BOYD, O.C. **Nursing research: a qualitative perspective**. 2. ed. New York: National League Nursing Press, 1986.

GOMES, H. O. **Trabalho e saúde das profissionais de enfermagem em urgência e emergência**: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no município do Rio de Janeiro. 2014. 183 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) -- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/gomeshom.pdf. Acesso em: 20 mar. 2017.

GONÇALVES, F. G. A. et al. O modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 7. n. 11, p. 6352-9, nov., 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3026/pdf_3862> Acesso: em 20 mar. 2017.

GOULART, B. F. **Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe em idade de alta densidade tecnológica**. 2015. 137 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2015.

GOULART, B. F.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Equipe de enfermagem na atenção hospitalar: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 8, n. 2, p.386-95, fev., 2014.

GRABE, M. et al. **Guidelines on urological infections**. Arnhem: European Association of Urology, 2013. 106 p. Disponível em: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/18_Urological-infections_LR.pdf> Acesso em: 30 mar. 2015.

GRITTEM, L.; MEIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisas em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765-70, 2008.

GUCWA, A. L. et al. Correlations between quality ratings of skilled nursing facilities and multidrug-resistant urinary tract infections. **Am. J. Infect. Control**, St. Louis, v.44, p. 1256-60, 2016.

HEBDEN, J. N. Nurse-directed catheter removal protocols to prevent catheter-associated urinary tract infection: strategies for implementation. **Am. J. Infect. Control**, St. Louis, v. 42, p. 670, 2014.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To err is human**: building a safer health system. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America; Institute of Medicine; National Academy Press, 2000. Disponível em: <http://neurosurgery.ucsf.edu/tl_files/NS_Main/QI/IOM_To%20Err%20is%20Human.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2016.

KREIN, S. L. et al. Barriers to reducing urinary catheter use: a qualitative assessment of a statewide initiative. **JAMA Intern. Med.**, Chicago, v.173, p. 881-6, 2013.

LANZILLOTTI, L. S. et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 937-46, 2015.

LIMA, L. S. C. et al. Subjetividade dos trabalhadores de enfermagem e a prática de adaptar e improvisar materiais. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 685-692, out./dez., 2016.

LO, E. et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. **Infect. Control Hosp. Epidemiol.**, New Jersey, v.35, p. 464-79, 2014.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LORO, M. M. et al. Desvelando situações de risco no contexto de trabalho da Enfermagem em serviços de urgência e emergência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, out./dez., 2016.

LUCHTEMBERG, M. N.; PIRES, D. E. P. Nurses from the Mobile Emergency Service: profile and developed activities. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 194-201, 2016.

MACEDO, T. R. et al. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 756-762, 2016.

MAGALHÃES, S. R. et al. Evidências para a prevenção de infecção no cateterismo vesical: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 8, n. 4, p.1057-63, 2014.

MAGILL, S. S. et al. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v.370, p. 1198-208, 2014.

MARTINS, F. T. M.; CARVALHO, E. C. A percepção do paciente referente a ser portador de um cateter de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 526-31, 2008.

MARTINS, J. T. et al. Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio Janeiro, v. 22, n. 3, p. 334-0, mai./jun., 2014.

MAZIERO, V. G. et al. Construindo significados sobre gerência da assistência: um estudo fenomenológico. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 563-570, jul./set., 2014.

MAZZO, A. et al. Cateter urinário: Mitos e rituais presentes no preparo do paciente. **Acta Paul. Enferm. (Online)**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 889-94, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a10.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MINAYO, M. C. S. (ORG). **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2002.

MIZEREK, E. et al. To foley or not to foley: emergency nurses' perceptions of clinical decision making in the use of urinary catheters in the emergency department. **JEN**, East Lansing v. 41, n. 4, July, 2015.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 167-74, mar. 2010.

MULCARE, M. R. et al. A novel clinical protocol for placement and management of indwelling urinary catheters in older adults in the emergency department. **Acad. Emerg. Med.**, Philadelphia, v. 22, n. 9, p. 1056 -66, sep., 2015.

MUCCHIELLI, R. **Les Méthodes Qualitatives**. Paris: Presses Universitaires de France; 1991.

NIGHTINGALE, F. Una and the Lion. In: PENSADOR. **Autores**. 2017. Disponível em: <<https://pensador.uol.com.br/frase/MzUzOTU3/>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

NOGUEIRA, M.S. et al. Técnica dos incidentes críticos: uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v. 12, n. 3, set./dez., 1993.

NUNES, F. D. O. et al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2; p. 841-47, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3007/pdf_1296>http> Acesso: em 20 abril. 2015.

OLIVEIRA, E. B. et al. Nursing work in hospital emergency units – psychosocial risks: a descriptive study. **Braz. J. Nurs. Online**, Niteroi, v. 12, n. 1, p. 73-88, apr., 2013. Available from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4046>> Acesso: em: 07 mar. 2017.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Qualidade do cuidado: concepções de graduandos de enfermagem. **REME Ver. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 29-35, jan./mar., 2015.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-9, 2014.

OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de pronto atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 238-44, jan./mar., 2015a.

PAIM, C. C.; ILHA, S.; BACKES, D. S. Educação permanente em saúde em unidade de terapia intensiva: percepção de enfermeiros. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 2001-2010, jan./mar., 2015. Disponível em: <
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3586/pdf_1443>. Acesso em: 10 mar. 2015.

PELLICIOTTI, J. S. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem: erros de medicação em unidades de terapia intensiva**. 2009. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Josikelem_Silva.pdf. Acesso em 10 mar. 2017.

PERBONE, J. G., CARVALHO, E. C., Sentimentos do estudante de enfermagem em seu primeiro contato com pacientes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 3434-7, mar./abr., 2011.

PEREIRA, D. S. et al. Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 55-61, 2013.

PEREIRA, M. D., SOUZA, D. F., FERRAZ, F. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Inova Saúde**, Criciúma, SC, v. 3, n. 2, p. 55-87, nov., 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTELA, N. L. C.; et al. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2749-2760, jul./set., 2015. Disponível em: <
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3822/pdf_1617> Acesso: em: 04 mar. 2017.

PRATES, D. B. et al. Impacto de programa multidisciplinar para redução das densidades de incidência de infecção associada à assistência na UTI de hospital terciário em Belo Horizonte. Minas Gerais **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, supl 6, S66-S71, 2014.

PUPULIM; J. S. L.; SAWADA, N. O. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: Incidentes Críticos relatados por enfermeiras. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 388-96, 2005.

QUEIRÓS, M. I. et al. Infecções urinárias e uso de cateter vesical de demora em unidade pediátrica. Fortaleza. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 295-301, abr./jun., 2011.

RADUENZ, A. C. et al. Cuidados de Enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latinoam. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, nov./dez., 2010.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde - um olhar sobre a literatura. **Cien. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-36, 2013.

RIBEIRO, G. K. N. A. et al. Profissionais de enfermagem habilitados para o mercado de trabalho em Minas Gerais. **REME Ver. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18.n. 1, p.15-26, jan./mar., 2014.

RIBEIRO, G. S. R; SILVA, R.C.; FERREIRA, M. A. Technologies in intensive care: causes of adverse events and implications to nursing. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 915-23. 2016.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 607-19, 2010.

SAINT, S. et al. A program to prevent catheter-associated urinary tract infection in acute care. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 374, n. 22, p. 211-19, June 2, 2016.

SAINT, S. et al. Preventing catheter-associated urinary tract infection in the United States: a national comparative study. **JAMA Intern. Med.**, Chicago, v.173, p. 874-9, 2013.

SAINT, S. et al. Preventing hospital-acquired urinary tract Infection in the United States: a national study. **Clin. Infect. Dis.**, Chicago, v. 46, n. 2, p. 243-50, 2008.

SANTAREM, D. **A enfermagem e o processo de educação permanente em saúde no contexto hospitalar**. 2016. 74 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2016. Disponível em: <
http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/5253/Daniela%20Santarem%20_.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso: em: 10 mar. 2017.

SANTOS, A. R.; COUTINHO, M. L. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p. 708-724, jul./set., 2014.

SANTOS, J. L. G. et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e 50178, mar., 2016.

SANTOS, J. O. et. Condutas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrências de erros de medicação. **Acta Paul. Enferm. (Online)**, São Paulo, , v. 23, n. 3, p. 328- 33, 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/en_v23n3a03.pdf> Acesso: em: 10 mar. 2017.

SARTOR, G.D.; SILVA, B. F.; MASIERO, A. V. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21, n. 5, p. 01-08, 2016.

SCHMOELLER, R.; GELBCKE, F. L. Indicativos para o dimensionamento de pessoal de Enfermagem em emergência. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 971-9, out./dez., 2013.

SCHWARTZ, B. C. et al. Novel low-resource intervention reduces urinary catheter use and associated urinary tract infections: role of outcome measure bias? **Am. J. Infect. Control**, St. Louis, v.43, p. 348-53, 2015.

SCOTT, R. A et al. Reducing indwelling urinary catheter use in the emergency department: a successful quality-improvement initiative. **JEN**, East Lansing, v. 40, n. 3, may., 2014.

SILVA, A. P. et al. Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de kurt lewin. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 549-556, jul./set., 2012.

SILVA-BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Rev.**, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 133-142, jul./ago., 2016.

SILVA, F. F.; MORAES, S. T.; RIBEIRO, J. A. Estratégias utilizadas pelo enfermeiro na assistência ao paciente grave na unidade de urgência e emergência. **Enferm. Rev.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, 2016.

SOUZA, A. A. M. et al. Aspectos relacionados à ocorrência de violência ocupacional nos setores de urgência de um hospital. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 637-650, abr./jun., 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3158/pdf_1257> Acesso: em: 10 fev.2017.

SOUZA, G. C. et al. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 640-647, 2016.

TAMEZ-GONZÁLEZ, S.; PÉREZ-DOMÍNGUEZ, J. F. La sociedad del riesgo y las inequidades en la salud de los trabajadores. **Rev. Salud Pública**, Córdoba, v. 14, Supl. 1, p. 43-55, 2014.

TENKE, P. et al. Catheter-associated urinary tract infections. **Eur. Urol. Supp.**, Amsterdam, v. 16, p. 138-143, 2017.

TOBIAS, Q. G. C. et al. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Enferm. Glob.**, Múrcia, v. 13, n. 33, 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_revision1.pdf>. Acesso: em: 10 mar. 2017

TOMINAGA, G. T. et al. Eliminating catheter-associated urinary tract infections in the intensive care unit: is it na attainable goal? **Am. J. Surg.**, New York, v. 208, n. 6, p. 1065-1070, dec., 2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALSECCHI, E. A. S. S.; NOGUEIRA, M. S. Fundamentos de enfermagem: incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. **Revista Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 819-24, nov./dez., 2002.

VASCONCELOS, R. O. et al. Meios para a gerência de enfermagem utilizados em unidades hospitalares críticas. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3/4, p. 56-60, 2016.

VISWANATHAN, K. et al. Emergency department placement and catheters in older adults: knowledge, management of indwelling urinary attitudes, and practice. **J. Emerg. Nurs.**, Saint Louis, Mo, v. 41, n. 5, sep., 2015.

VOLLMAN, K. M. Interventional patient hygiene: discussion of the issues and a proposed model for implementation of the nursing care basics. **Intens. Crit. Care Nur.**, Edinburgh, v. 29, p. 250-255, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety: version 1.1**. [Geneva]: 2009. 154p. Disponível em: < http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf >. Acesso: em: 05 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. [Geneva]: 2008. Disponível em: < http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf >. Acesso: em: 05 jan.2016.

WORM, F. A. et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no Trabalho em atendimento móvel de urgência. **Rev. Cuid.**, Bucaramanga, v. 7, n. 2, p. 1288-96, 2016.

ZAMBIAZI, B. R. B.; COSTA, A. M. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 61, out./dez., 2013.

ZANDOMENIGHI, R. C. et al. cuidados intensivos em um serviço hospitalar de emergência: desafios para os enfermeiros. **REME Ver. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 404-414, abr./jun., 2014.

ZANI, A. V.; NOGUEIRA, M. S. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 14, n.5, set./out., 2006.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE****Título do Projeto:**

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS
RELACIONADOS AO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo **PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA**. Os avanços nessa área ocorrem através de estudos como este, que busca aprimorar a qualidade da assistência de enfermagem, vislumbrando o cuidado seguro, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar as circunstâncias que envolvem os eventos adversos relacionados ao cateterismo vesical de demora segundo percepção dos enfermeiros.

Caso você concorde em participar, será necessário assinar o termo de esclarecimento, participar de uma reunião em grupo e de uma entrevista individual (ambas serão realizadas no Pronto Socorro Adulto, durante o período de trabalho, em momento oportuno, agendado previamente, sem que ocorram prejuízos para o serviço. As atividades não irão ultrapassar 30 minutos). Não será realizado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Para facilitar a análise das informações, as entrevistas serão gravadas mediante seu consentimento.

Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da sua participação nesta pesquisa seja(m): identificar os possíveis entraves e dificuldades relacionadas à execução do procedimento de cateterismo vesical, bem como os fatores de risco associados, visando elaborar estratégias que busquem aprimorar a assistência de enfermagem e a qualidade do cuidado.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu trabalho. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO**Título do Projeto:**

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS
RELACIONADOS AO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores

Ana Lúcia de Assis Simões e Rejane Cussi Assunção Lemos

(34) 99114-8503 / (34) 3700-6484/6483

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3700-6776.

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Código de Identificação:	Entrevista n.º:	Data:	
Sexo: () Feminino () Masculino	Início:	Término:	Duração:

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

Idade:	Tempo de formado:
	Tempo de experiência profissional na área hospitalar:
	Tempo de trabalho no PSA-UFTM:
Turno de trabalho: () Matutino () Vespertino () Noturno A () Noturno B	

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Mediante sua experiência profissional e sua vivência em situações de urgência e emergência, gostaria que você pensasse sobre seu trabalho no PSA ao longo desses meses, especificamente durante a execução do cateterismo vesical de demora na sala de urgência. Não se esqueça de considerar a complexidade e importância desse procedimento para o paciente, a gravidade dos pacientes que são atendidos e a necessidade de agilidade e habilidade profissional. Assim:

- Relate situações dificultadoras que você vivenciou ou observou relacionadas à intervenção de CVD. Conte-me, de forma imparcial, sem citar nomes, alguma situação específica que chamou sua atenção. O que aconteceu? Qual foi a sua reação? Como as pessoas se comportaram nessa situação? Quais foram as consequências? Como esse acontecimento afetou o paciente?
- Como você já relatou uma situação negativa, nesse momento eu gostaria que você me relatasse uma situação positiva, facilitadora da intervenção de CVD. Conte-me, de forma imparcial, sem citar nomes, alguma situação específica que lhe chamou a atenção. O que aconteceu? Qual foi sua reação? Como as pessoas se comportaram nessa situação? Quais foram as consequências? Como esse acontecimento afetou o paciente?

Você gostaria de acrescentar mais alguma informação?

Obrigada por sua colaboração.

APÊNDICE C: Quadros elaborados para análise dos dados, com recortes fidedignos das entrevistas

ENTREVISTA	SITUAÇÕES (+/-)	COMPOTAMENTOS (+/-)	CONSEQUENCIAS (+/-)
Entrevista 01			

ENTREVISTA	SITUAÇÕES (+/-)	COMPOTAMENTOS (+/-)	CONSEQUENCIAS (+/-)
Entrevista 02			

ENTREVISTA	SITUAÇÕES (+/-)	COMPOTAMENTOS (+/-)	CONSEQUENCIAS (+/-)
Entrevista 20			

APÊNDICE D: Quadros utilizados para análise dos dados, especificamente para identificar situações, comportamentos e consequências relatados pelos participantes

ENTREVISTA	SITUAÇÕES	POSITIVAS	NEGATIVAS
E01			
E20			

ENTREVISTA	COMPORTAMENTOS	POSITIVOS	NEGATIVOS
E01			
E20			

ENTREVISTA	CONSEQUÊNCIAS	POSITIVOS	NEGATIVOS
E01			
E20			

APÊNDICE E: Agrupamento das situações, comportamentos e consequências relatados pelos participantes, por semelhança de conteúdo

Agrupamento 01: Situações que envolveram determinado aspecto (Dentre outros)			
Temas	SITUAÇÕES	POSITIVAS	NEGATIVAS
E2, E6, E18...	Situações com aspectos semelhantes relatadas pelos participantes		
E7, E11, E 20...	Situações com aspectos semelhantes relatadas pelos participantes		

Agrupamento 01: Comportamentos que envolveram determinado aspecto (Dentre outros)			
ENTREVISTA	COMPORTAMENTOS	POSITIVAS	NEGATIVAS
E2, E6, E18...	Comportamentos com aspectos semelhantes relatadas pelos participantes		
E7, E11, E 20...	Comportamentos com aspectos semelhantes relatadas pelos participantes		

Agrupamento 01: Consequências que envolveram determinado aspecto (Dentre outros)			
ENTREVISTA	COMPORTAMENTOS	POSITIVAS	NEGATIVAS
E2, E6, E18...	Consequências com aspectos semelhantes relatadas pelos participantes		
E7, E11, E 20...	Consequências com aspectos semelhantes relatadas pelos participantes		

Para cada etapa foram realizados vários agrupamentos, de acordo com os aspectos que foram evidenciados, sendo que esses foram revistos e reagrupados com outros, construindo assim a categorização dos dados referentes às situações, aos comportamentos e às consequências.

APÊNDICE F: Categorização das situações, comportamentos e consequências relatados pelos participantes

Categoria 01: Situação com determinado foco			
SUBCATEGORIAS	Nº de ocorrências positivas	Nº de ocorrências negativas	Total de ocorrências
Subcategoria 01: situações com determinado foco que integram a categoria 01			
Subcategoria 02: situações com determinado foco que integram a categoria 01			

Categoria 01: Comportamentos com determinado foco			
SUBCATEGORIAS	Nº de ocorrências positivas	Nº de ocorrências negativas	Total de ocorrências
Subcategoria 01: comportamentos com determinado foco que integram a categoria 01			
Subcategoria 02: comportamentos com determinado foco que integram a categoria 01			

Categoria 01: Consequências com determinado foco			
SUBCATEGORIAS	Nº de ocorrências positivas	Nº de ocorrências negativas	Total de ocorrências
Subcategoria 01: consequências com determinado foco que integram a categoria 01			
Subcategoria 02: consequências com determinado foco que integram a categoria 01			

ANEXO A – APROVAÇÃO DO APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Pesquisador: Rejane Cussi Assunção Lemos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55744216.7.0000.5154

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.676.211

Apresentação do Projeto:

De acordo com as pesquisadoras, "Atualmente a questão da segurança do paciente tem sido alvo de ampla discussão e investigação, partindo-se da premissa de que os danos decorrentes da assistência afetam diretamente o paciente, o acompanhante e a equipe de saúde.

Nessa perspectiva, a segurança do paciente deve ser compreendida e valorizada como direito do paciente, tendo o profissional de saúde o compromisso ético e moral de desenvolver suas atividades, pautadas nesses parâmetros, oferecendo o cuidado seguro e de qualidade ao paciente e sua família (REBRAENSP, 2013; ROQUE; MELO, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como segurança do paciente a diminuição de riscos e danos desnecessários relacionados ao cuidado, a um nível mínimo aceitável (WHO, 2009).

Os profissionais de saúde estão expostos e vulneráveis a fatores ambientais, emocionais e institucionais que podem contribuir para a ocorrência de possíveis falhas no cuidado, provindas de tecnologias diversas, sem treinamento adequado, distanciamento das atividades específicas do profissional, desmotivação, falta de sistematização e padronização. O burn out é uma realidade entre os profissionais da saúde. Errar é humano, sendo função do sistema gerar estratégias para que o erro não alcance o paciente (BRASIL a, 2014; RIGOBELLO et al., 2012; RADUENZ et al., 2010; BECCARIA et al., 2009; NETO, 2006).

acas

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

CEP: 38.025-100

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 1.676.211

Folha de Rosto	ICS.pdf	29/04/2016 16:42:09	Rejane Cussi Assunção Lemos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/04/2016 14:39:06	Rejane Cussi Assunção Lemos	Aceito
Outros	ENTREVISTA.docx	26/04/2016 14:38:33	Rejane Cussi Assunção Lemos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	26/04/2016 14:27:34	Rejane Cussi Assunção Lemos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 12 de Agosto de 2016

p/ Alessandra

Assinado por:

Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)

