

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública

ALEXSSANDRO DA SILVA

**GOVERNANÇA CLÍNICA E CUIDADO DE ENFERMAGEM: UM
MODELO DECISÓRIO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE
MATERNO-INFANTIL**

Recife
2018

ALEXSSANDRO DA SILVA

**GOVERNANÇA CLÍNICA E CUIDADO DE ENFERMAGEM: UM MODELO
DECISÓRIO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE MATERNO-INFANTIL**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Políticas de Saúde.
Linha de Pesquisa: Informação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Coorientador: Prof. Dr. James Anthony Falk

Recife
2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S586 Silva, Alexssandro da.
Governança clínica e cuidado de enfermagem: um modelo decisório para segurança do paciente materno-infantil / Alexssandro da Silva. - Recife: s.n, 2018.
114 p. : ilus., graf.

Tese (Doutorado em saúde pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior;
coorientador: James Anthony Falk.

1. Governança clínica. 2. Segurança do paciente. 3. Relações Enfermeiro-Paciente. 4. Tomada de decisões. 5. Serviços de saúde materno-infantil. I. Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas. II. Falk, James Anthony. III. Título.

CDU 614.39

ALEXSSANDRO DA SILVA

**GOVERNANÇA CLÍNICA E CUIDADO DE ENFERMAGEM: UM MODELO
DECISÓRIO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE MATERNO-INFANTIL**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Políticas de Saúde.
Linha de Pesquisa: Informação em Saúde.

Aprovado em: 28/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Fundação Oswaldo Cruz/ Instituto Aggeu Magalhães

Prof. Dr. Marcel de Moraes Pedroso

Fundação Oswaldo Cruz/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Universidade Federal de Pernambuco/Departamento de Medicina Social

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos

Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Aggeu Magalhães

Prof^a. Dr^a. Kátia Rejane de Medeiros

Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Aggeu Magalhães

A minha família, em especial a Mikelle, minha esposa,
e a Keilla, Kaio e Karlos, meus queridos filhos; a
minha mãe, Maria Emília (Zezé), *in memorian*; e a
minha querida tia Mazé, *in memorian*.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pelo privilégio da salvação em Jesus Cristo, que possibilitou a minha adoção como filho e pelo muito amor com que nos amou.

À minha querida esposa Mikelle e a meus filhos Keilla, Kaio e Karlinhos, pela dispensação de carinho e incentivo em todos os momentos da minha vida: nos momentos alegres e também nos de dificuldades.

A minha mãe Maria Emília (Zezé), *in memoriam*, por sempre acreditar, independente do projeto que estava em minhas mãos. E por sempre ter lutado para que eu tivesse acesso a uma educação de qualidade, orando e torcendo sempre pelo meu sucesso. Queria muito prestar-lhe essa gratidão pessoalmente, principalmente pelo seu desejo em vida de ter participado deste momento especial, falando sempre com entusiasmo e alegria que tinha um filho fazendo doutorado.

Aos demais membros da família, por sempre entenderem e apoiarem nos momentos de concentração e renúncia, em especial ao meu irmão Magno, pela amizade, incentivo e apoio; a tia Mazé (*in memoriam*), minha segunda mãe; a minha sogra, Maria dos Prazeres; as minhas cunhadas Michelini e Milena; a Péricles e Renatinho, seu filho; ao meu tio Pedro; ao meu tio João e família; e a Emília, minha prima, e seu filho Davi.

Ao meu orientador Prof. Dr. Garibaldi Gurgel, por me apoiar e orientar sempre, pois acreditou e sempre confiou no meu trabalho, fazendo dos momentos de orientação verdadeiros encontros harmônicos e de resultado, de modo que suas conduções sempre me deixaram felizes, gerando grande crescimento acadêmico.

Ao Prof. Dr. James Falk, meu coorientador, por sempre me apoiar, incentivar e dar uma orientação acertada. Um professor que tem acompanhado todos meus passos acadêmicos, estendendo-me a mão sempre que precisei: na graduação me despertou para a administração hospitalar; no mestrado, ajudou-me na gestão em saúde; e no doutorado, na decisão em saúde.

A Prof^ª. Dr^ª. Ana Brito, presidente da banca de seleção, por seus olhos terem me alcançado, concedendo-me uma oportunidade de aprendizado que jamais será esquecida.

A Prof^a. Dr^a. Kátia Medeiros, pela sua disponibilidade em sempre me ajudar, estando presente no processo desde a banca de qualificação, proporcionando segurança acadêmica, confiança e alegria pelos resultados obtidos.

Ao Prof. Dr. Petrônio Martelli que, com toda sua simplicidade e disponibilidade, sempre me deu uma orientação acertada; agindo, muitas vezes, como um pai, deixando-me tranquilo e confiante com meu trabalho desde o mestrado.

Ao Prof Dr. Marcel Pedroso, pelas primeiras orientações sobre o modelo decisório *MCDA*, ainda em uma disciplina do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT). Desde este momento, apresentou-se disponível e tornou-se um incentivador deste projeto.

As professoras Dr^a. Ana Lúcia, Dr^a. Camila Melo e Dr^a. Nilcema Figueiredo pela disponibilidade e aceitação do convite para colaborar em minha banca de defesa.

A Prof^a. Dr^a. Sydia que sempre incentivou-me, orientando de maneira edificante todos os trabalhos.

Aos enfermeiros Filipe Bezerra e Haline Dantas, por confiar neste trabalho e me ajudar na coleta e em revisões da temática Enfermagem.

A toda equipe da Secretaria Acadêmica, em especial a Dete, Glauco, Semente e Viviane, por sempre, de forma significativa, terem me ajudado na condução da minha vida acadêmica, mantendo-a atualizada de acordo com o Regimento Interno do Instituto Aggeu Magalhães.

A toda equipe da Secretaria do Departamento de Saúde Coletiva (NESC), em especial a Nalvinha, por me ajudar nos agendamentos de orientação e documentos, me incentivando sempre.

A toda equipe da Biblioteca, em especial a Mégine, Márcia e Adagilson, por estarem sempre disponíveis para me ajudar nas pesquisas bibliográficas e nas padronizações previstas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

A toda equipe de apoio acadêmico, aqui representada por Wilson, por ter sempre colaborado com as atividades discentes.

Aos membros do Grupo de Pesquisa de Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS), pela solidariedade e incentivo.

A todos os meus colegas do Curso de Doutorado em Saúde Pública (Turma 2014) pelo apoio e incentivo, por serem uma verdadeira família acadêmica.

Ao General Lucena, então diretor do Hospital Militar de Área de Recife (HMAR) e Inspetor de Saúde do Comando Militar do Nordeste (CMNE), pela indicação e liberação para realização do curso.

Ao General Aguiar, então Comandante da 7ª Região Militar, por ter acreditado neste projeto e homologado meu pedido para desenvolvimento da pesquisa.

Ao Tenente Souza, do Departamento de Educação e Cultura do Exército (DECEX), por estar sempre disponível para ajudar e atualizar a minha vida acadêmica vinculada ao Exército Brasileiro.

A Coronel Sandra, atual subdiretora do Hospital Militar de Área de Recife, minha orientadora interna do Exército Brasileiro, por sempre acreditar, apoiar e me orientar em todos os momentos, figurando como uma verdadeira amiga nesta trajetória.

A equipe de trabalho da Subdivisão de Pessoal do Hospital Militar de Área de Recife, em especial ao Sargento J. Carlos e ao Tenente Pilar, que sempre apoiaram e me auxiliaram na atualização das questões relacionadas à liberação para estudos acadêmicos.

Ao Departamento de Educação e Cultura do Exército (DECEX) e a Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), pela aprovação e financiamento deste projeto de pesquisa.

A todos que estiveram presentes, direta ou indiretamente, pela confiança e apoio durante a realização da pesquisa, pois tenho sempre em mente: *“Não se faz doutorado sozinho: existe Deus, família, equipe acadêmica, equipe de trabalho e amigos que seguram a corda para tudo acontecer...”*.

“Porque Ele vive, posso crer no amanhã.
Porque Ele vive, temor não há.
Mas eu bem sei, eu sei, que a minha vida
está nas mãos de meu Jesus, que vivo está”.

Willian e Gloria Gaither

SILVA, Alexssandro da. **Governança clínica e cuidado de enfermagem: um modelo decisório para segurança do paciente materno-infantil.** 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

A ocorrência de eventos adversos à saúde em ambiente hospitalar tem sido considerada um problema primordial para a segurança do paciente mundialmente, trazendo consequências graves e desafiadoras para a saúde pública, em especial, na assistência materno-infantil. Este estudo tem como **OBJETIVO:** desenvolver um modelo decisório de priorização de investimentos e ações para a segurança do paciente materno-infantil baseado nas dimensões da governança clínica para o processo de cuidado de enfermagem. **MÉTODO:** o estudo foi dividido em três etapas: na 1ª Etapa, foi construída a lente decisória da gestão, utilizando-se a metodologia MCDA (*Multiple Criteria Decision Analysis*), operacionalizada pelo algoritmo PROMETHEE (*Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations*), aplicada em oito maternidades públicas; na 2ª Etapa, foram construídas as lentes decisórias da ciência e da técnica, identificando-se as áreas críticas para investimentos; e na 3ª Etapa, foi construída a lente diagnóstica para validação do modelo, baseada em diagnóstico organizacional realizado em duas maternidades públicas. **RESULTADOS:** (1) maior preferência decisória ou importância relativa foi atribuída aos critérios da categoria profissional Enfermeiros Obstetras (46,47%). (2) a 'Promoção da Qualidade' foi considerada pelos pesquisadores a dimensão da governança clínica de maior preferência (16,7%) para investimentos que refletem na segurança do paciente. (3) Com uma taxa de resposta de 78,4% de 51 questionários enviados para duas maternidades avaliadas, o modelo foi considerado válido quanto à validade de construto, de face e conteúdo, de critério e preditiva. **CONCLUSÃO:** O resultado da interação entre os diversos critérios e métodos utilizados neste estudo possibilitou um modelo de decisão claro e coerente, que sinalizou as atribuições de enfermagem de maior importância relativa para a segurança do paciente materno-infantil.

Palavras-Chave: Governança clínica. Segurança do paciente. Relações Enfermeiro-Paciente. Tomada de decisões. Serviços de saúde materno-infantil.

SILVA, Alexssandro da. **Clinical governance and nursing care: a decision model for maternal and child patient safety.** 2018. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

ABSTRACT

The occurrence of adverse health events in the hospital environment has been considered a major problem for patient safety worldwide, bringing serious and challenging consequences for public health, especially in maternal and child care. This study aims to **OBJECTIVE:** to develop a decision-making model for investments prioritization and actions for maternal and child patient safety based on the dimensions of clinical governance for the nursing care process. **METHOD:** The study was divided into three stages: in the first stage, the management decision-making lens was constructed, using the Multiple Criteria Decision Analysis (MCDA) methodology, operationalized by the PROMETHEE (Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations), applied in eight public maternity hospitals; in the second stage, the decision-making lenses of science and technology were constructed, identifying the critical areas for investments; in third stage, the diagnostic lens for validation of the model was built, based on an organizational diagnosis performed in two public maternity hospitals. **RESULTS:** (1) greater decision preference or relative importance was attributed to the criteria of the professional category Obstetrics Nurses (46.47%). (2) 'Quality Promotion' was considered by the researchers as the most preferred clinical governance dimension (16.7%) for investments that reflect on patient safety. (3) With a response rate of 78.4%, from 51 questionnaires sent to the two maternity hospitals evaluated, the model was considered valid regarding construct, face and content, criteria and predictive validity. **CONCLUSION:** The result of the interaction between the different criteria and methods used in this study allowed for a clear and coherent decision model, which signaled the nursing assignments of greater relative importance for of the maternal and child patient.

Keywords: Clinical Governance. Patient safety. Nurse-Patient Relations. Decision making. Maternal and child health services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
A&CR – Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia
AHRQ – Agency Healthcare Research and Quality
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AS/NZS – Australian Standard / New Zealand Standard
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários do Ministério Libanês de Saúde Pública
D-Sight – Software de Decisão
EA – Evento Adverso
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IHI – Institute for Healthcare Improvement
IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISO – International Organization for Standardization
JCAHO – Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI - Joint Commission International
MCDA – *Multiple Criteria Decision Analysis*
MOPH – Ministério Libanês de Saúde Pública
NR – Norma Regulamentadora
OMS – Organização Mundial de Saúde
PROMETHEE – *Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations*
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
REBEN – Revista Brasileira de Enfermagem
RBSMI – Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
SiNASP – Sistema de Notificación y la Seguridad del Aprendizaje para Paciente do Ministério da Saúde Espanhol
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVO GERAL.....	22
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
2.1	1ª ETAPA – CONSTRUÇÃO DA LENTE DECISÓRIA DA GESTÃO – ANÁLISE MULTICRITÉRIO DAS PREFERÊNCIAS DECISÓRIAS DOS ENFERMEIROS GESTORES.....	24
2.2	2ª ETAPA – CONSTRUÇÃO DAS LENTES DECISÓRIAS DA CIÊNCIA E DA TÉCNICA – DEFINIÇÃO DA MATRIZ GOVERNANÇA CLÍNICA X ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM.....	24
2.3	3ª ETAPA – CONSTRUÇÃO DA LENTE DIAGNÓSTICA – VALIDAÇÃO DE MODELO DECISÓRIO.....	25
2.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	26
3	ARTIGOS CIENTÍFICOS	28
3.1	ARTIGO 1 - SEGURANÇA DO PACIENTE MATERNO-INFANTIL: UMA ANÁLISE MULTICRITÉRIO DAS PREFERÊNCIAS DECISÓRIAS DOS ENFERMEIROS GESTORES.....	28
3.2	ARTIGO 2 - GOVERNANÇA CLÍNICA E CUIDADO SEGURO DE ENFERMAGEM: UM MODELO DECISÓRIO.....	51
3.3	ARTIGO 3 - GOVERNANÇA CLÍNICA E CUIDADO SEGURO DE ENFERMAGEM: VALIDAÇÃO DE MODELO DECISÓRIO.....	73
4	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa para Enferm. Grupo Condutor – Etapa 2	98
	APÊNDICE B – Instrumento de Pesquisa para Técnicos e Auxiliares – Etapa 3.....	99
	APÊNDICE C – Instrumento de Pesquisa para Enfermeiros – Etapa 3.....	100
	APÊNDICE D – Instrumento de Pesquisa para Enfermeiros Obstetras – Etapa 3..	101
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Etapa 1 ...	102
	APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Etapa 2.1	103
	APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Etapa 2.2	104
	APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Etapa 3...	105
	ANEXO A – Declaração de Declaração de Vinculação a Macroprojeto – Tese.....	106
	ANEXO B – Declaração de Vinculação a Macroprojeto – Artigo 1 (RBSMI).....	107
	ANEXO C – Declaração de Vinculação a Macroprojeto - Artigo 2 (REBEn).....	108
	ANEXO D – Declaração de Vinculação a Macroprojeto - Artigo 3 (REBEn).....	109
	ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética – Plataforma Brasil.....	110
	ANEXO F – Comprovante de Submissão do Artigo 1 - RBSMI.....	111
	ANEXO G – Comprovante de Aprovação e Aceite do Artigo 1 - RBSMI.....	112
	ANEXO H – Comprovante de Submissão do Artigo 2 - REBEn.....	113
	ANEXO I – Comprovante de Submissão do Artigo 3 - REBEn.....	114

1 INTRODUÇÃO

A ocorrência de eventos adversos à saúde em ambiente hospitalar tem sido considerada um problema primordial para a segurança do paciente mundialmente (MARTINS et al., 2011), trazendo consequências graves e desafiadoras para a saúde pública (SOUSA et al., 2014).

Considera-se evento adverso (EA) a lesão ou o dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado ao paciente pela intervenção assistencial (AMAYA, 2009; MENDES JÚNIOR et al., 2008). A ocorrência de dano ou prejuízo do evento adverso está relacionada aos cuidados médicos e não à doença de base (MARTINS et al., 2011) e, mesmo que indesejáveis, essas ocorrências são preveníveis (NASCIMENTO et al., 2008). Os EA, não estão relacionados apenas a ‘erro médico’ – por vezes o termo é restringido, devido a erro de tradução; são eventos muito mais de natureza sistêmica que individual (MENDES JÚNIOR et al., 2005). São gerados a partir da forma como as instituições hospitalares estão organizadas, motivo pelo qual a prevenção exige a atenção para as causas e as consequências das lesões, sendo necessário um esforço que vai muito além da identificação de indivíduos culpáveis (LEAPE et al., 1991).

A ocorrência de um EA não significa obrigatoriamente que houve erro no cuidado com o paciente. Pacientes podem sofrer danos inerentes ao cuidado de saúde que não podem ser evitados. Já o EA ‘evitável’ representa o dano ao paciente que está associado a uma falha ativa ou a uma condição latente, ou mesmo a uma violação de normas e padrões (MENDES JÚNIOR et al., 2013). Assim, torna-se necessária uma distinção entre os eventos adversos (EA) assistenciais e outros desfechos indesejados; o primeiro é causado pelo cuidado prestado na organização hospitalar, e o segundo é decorrente da evolução natural da enfermidade (MENDES JÚNIOR, 2007).

A alta incidência de EA em hospitais vem preocupando estudiosos, profissionais e gestores em saúde. Estudos recentes apontam que cerca de 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de EA, o que incorpora a questão da ocorrência de EA na discussão sobre a qualidade do cuidado em serviços de saúde (MENDES JÚNIOR et al., 2008). Uma preocupação central na avaliação dos

resultados dos cuidados de saúde, especialmente em relação a eventos adversos ou óbitos hospitalares, é a identificação de casos evitáveis (MARTINS et al., 2011). Eventos adversos a medicamentos têm sido investigados extensivamente porque são predominantemente evitáveis (WEINGART et al., 2000). Um relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos chamou a atenção para o fato de que a taxa de mortalidade devido a eventos adversos foi maior do que a atribuída a algumas das principais causas de mortalidade, tais como acidentes rodoviários, câncer de mama e AIDS (MARTINS et al., 2011).

Em um estudo realizado em hospitais britânicos para viabilizar a detecção de eventos adversos, 1.014 registros médicos e de enfermagem foram revisados, nos quais 10,8% dos pacientes tiveram pelo menos um evento adverso, com uma taxa global de eventos adversos de 11,7% quando foram incluídos no cálculo aqueles que tiveram mais de um evento adverso. Cerca de metade desses eventos foram considerados evitáveis de acordo com as normas para cuidados assistenciais, e um terço dos eventos adversos levou a incapacidade ou morte, o que sugere que os eventos adversos são uma séria fonte de dano aos pacientes e um grande gasto de recursos do NHS (VINCENT; NEALE; WOLOSHYNOWYCH, 2001).

No mesmo sentido, avaliando a ocorrência e o impacto de eventos adversos em hospitais públicos da Nova Zelândia, foram revisados 6.579 registros médicos, de admissões ocorridas no ano de 1998, em 13 hospitais gerais. A proporção de internações associadas a um evento adverso foi de 12,9%, das quais 15% estavam associadas a incapacidade permanente ou morte. Esse estudo forneceu parâmetros representativos que puderam contribuir para a compreensão mais ampla e a melhoria da segurança dos pacientes e da qualidade da assistência nos hospitais públicos da Nova Zelândia. Esse resultado está entre os níveis registrados em dois países com tradições médicas: Austrália (16,6%) e Reino Unido (10,8%) (DAVIS et al., 2002). Igualmente, acredita-se que, nos hospitais europeus, um em cada dez pacientes sofra danos evitáveis durante a assistência (O'CONNOR et al., 2010).

Em hospitais suecos, também foi realizada uma revisão de 1.967 prontuários das 1,2 milhões de hospitalizações, entre outubro de 2003 e setembro de 2004. Dessa revisão, 12,3% das admissões tiveram eventos adversos, 70% eram evitáveis. Dos eventos evitáveis, 55% levaram a deficiência ou incapacidade, o que foi resolvido durante a internação ou no prazo de um mês a partir da alta; outros

33% levaram quase um ano para resolução; 9% dos eventos evitáveis levaram a invalidez permanente; e 3% dos eventos adversos contribuíram para a morte do paciente. Percebeu-se que os eventos adversos evitáveis eram comuns, causando sofrimento humano e consumindo uma quantidade significativa dos recursos disponíveis para os hospitais (SOOP et al., 2009).

Em estudo semelhante realizado na Itália, dos 1.501 registros revisados, foram relacionados 46 (3,3%) a algum evento adverso; 71,7% destes ocorridos em enfermarias de leitos de clínica médica, seguidos pelos cirúrgicos (19,6%) e de tratamento intensivo (UTI) (8,7%). Nesse estudo, a incidência de eventos adversos foi associada à duração da estadia, ao tipo de internação e à unidade em que ocorreu a internação, independentemente da comorbidade. Com base nos resultados, parece que as características organizacionais são os principais fatores responsáveis pelos eventos adversos, superando a vulnerabilidade do próprio paciente (SOMMELLA et al., 2014).

Em 2009, na direção de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde de forma a evitar a ocorrência de eventos adversos, o Ministério Libanês de Saúde Pública (MOPH) lançou o programa de acreditação de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Com o apoio do *Accreditation Canada*, realizou a pesquisa de acreditação em 25 centros de APS em 2012, tendo aparecido vários desafios a serem superados: limitados recursos financeiros, infraestrutura precária e falta de pessoal. (EL-JARDALI et al., 2014).

No Canadá, os eventos adversos em hospitais estão estimados em 7,5 por 100 internações de adultos. Apesar de apenas 36,9% dos eventos serem considerados evitáveis, um total de 20,0% foram associados com incapacidade permanente ou morte. Taxas semelhantes são relatadas por outros países desenvolvidos, com taxas um pouco mais baixas apresentadas em dois estudos norte-americanos. Eventos relacionados à cirurgia foram os mais comuns, seguidos por eventos relacionados a medicação ou a fluidos administrados (BAKER; NORTON, 2006).

Já em Portugal, a ocorrência de eventos adversos em hospitais ainda não tinha sido estudada de forma sistemática. A fim de estimar a incidência de eventos adversos em hospitais portugueses, foi realizado estudo que analisava a viabilidade de se aplicar uma metodologia de detecção de eventos adversos através de revisão de registro, como os que já foram utilizados em outros países. Analisando uma

amostra aleatória de 1.669 prontuários, no ano de 2009, obteve-se uma incidência de 11,1% de eventos adversos, dos quais cerca de 50,0% foram considerados evitáveis, sendo 18,3% relacionados a erro de medicação (SOUSA et al., 2014).

Por último, o estudo desenvolvido no Brasil para analisar as características de eventos adversos evitáveis (EA) em internações de hospital do Estado do Rio de Janeiro foi conduzido por Mendes Júnior e outros (2013). Esse estudo visava identificar os elementos que servem de substrato para as ações prioritárias destinadas a melhorar a segurança do paciente. Em uma amostra de 1.103 pacientes, foram identificados 65 eventos adversos evitáveis de 56 pacientes. Os EA evitáveis foram responsáveis por 373 dias adicionais de internação hospitalar, indicando que ações como a higienização das mãos, o incentivo à adesão às diretrizes de protocolo de clínicas e a criação de programas de educação continuada para profissionais de saúde devem compor a lista de prioridades de gestores hospitalares e profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes hospitalizados (MENDES JÚNIOR et al., 2013).

Para comparar a eficácia, a confiabilidade e a aceitabilidade de estimar as taxas de eventos adversos e as taxas de eventos adversos evitáveis, foi realizado também um estudo no sudoeste da França que avaliou de forma independente três métodos: corte transversal (dados reunidos em um só dia); potenciais (dados recolhidos durante a internação); e retrospectivos (revisão dos prontuários médicos). Participaram desse estudo 778 pacientes e obteve-se o seguinte desfecho: os métodos prospectivos e retrospectivos identificaram número semelhante de casos médicos e cirúrgicos (70% e 66% do total respectivamente), mas o método prospectivo identificou casos mais evitáveis (64% e 40% respectivamente). O método transversal mostrou um grande número de falsos positivos e não identificou nenhum dos efeitos adversos mais graves. Nenhum dos métodos foi apropriado para obstetrícia. O método prospectivo de coleta de dados pode ser mais apropriado para estudos epidemiológicos que visam convencer as equipes clínicas que seus erros contribuem significativamente para eventos adversos, para estudar os fatores organizacionais e humanos e para avaliar o impacto dos programas de redução de riscos (MICHEL et al., 2004).

No mesmo sentido, em estudo realizado nos Estados Unidos para determinar o grau de congruência entre várias medidas de eventos adversos, foram utilizados três métodos: (i) indicadores de segurança do paciente da Agência de Investigação

de Saúde e Qualidade, (ii) eventos relatados pelo provedor, e (iii) Ferramenta Gatilho Global do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) com a confirmação do médico. Como resultado, cerca de 4% (2401) de baixas hospitalares tiveram um evento adverso identificado por pelo menos um método. Em torno de 38% (922) dos eventos identificados foram relacionados a eventos do provedor. Quase 43% dos eventos adversos relatados foram eventos do provedor de pele de integridade, 23% eventos de medicação, 21% quedas, 1,8% eventos de equipamentos e 37% eventos diversos. Os pacientes com eventos adversos identificados por um método não eram normalmente identificados usando outro método. Diferentes métodos de detecção identificaram diferentes eventos adversos (NAESSENS et al., 2009). Estima-se que a ocorrência de eventos nos Estados Unidos da América (EUA) é de um em cada três pacientes internados, variando desde objetos esquecidos no corpo durante cirurgias a risco de vida por infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) (STEENHUYSEN, 2011).

Como se percebe, modelos de mapeamento para o gerenciamento de riscos tornam-se urgentes nas instituições de saúde, pois a existência de vários níveis de especialização e sua interdependência caracterizam essas instituições como ambientes de alto risco para eventos adversos e incidentes (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010). Os riscos de danos hospitalares são comparados aos riscos existentes na aviação civil e militar, usinas nucleares, navios, submarinos e aeronaves, que são denominadas como organizações altamente confiáveis ou *High Reliability Organizations* (GOMES, 2012).

O termo “risco” é proveniente da palavra *risicu* ou *riscu*, em latim, que significa “ousar” – *to dare*, em inglês. Costuma-se entender risco como possibilidade de ‘algo não dar certo’, mas seu conceito atual envolve a quantificação e qualificação da incerteza, tanto no que diz respeito às ‘perdas’ como aos ‘ganhos’, com relação ao rumo dos acontecimentos planejados, seja por indivíduos, seja por organizações (BERNSTEIN, 1996).

“Os erros levam a gente a questionar o atual e a pensar em algo diferente. Com as lições de ontem, procuramos hoje não cometer as mesmas falhas [...]” (TARABOULSI, 2004, p. 32), pois “risco” emerge como conceito quando “[...] se torna possível pensar o futuro como passível de controle. Esse é um processo que envolve tanto o desenvolvimento do instrumental necessário – como a teoria da

probabilidade – quanto à emergência de um novo objeto de governo – a população.” (SPINK, 2001, p. 1287).

Farmer (1967) foi pioneiro em conceituar “riscos” como um diagrama com os termos “consequência” e “probabilidade”. Seu estudo sugeria uma relação entre a dimensão e a frequência aceitável de liberação de iodo radioativo de acidentes de centrais nucleares. Ao final de 1970, o conceito foi desenvolvido numa expressão $R=F \times N$, sendo a probabilidade de ocorrência do evento normalmente expressa em termos do número de eventos por ano (F) que podem causar danos aos seres humanos, e as consequências são frequentemente medidas em ‘número de óbitos’ (N). A mensuração qualitativa de riscos pode ser gerada através de uma matriz, em que o nível de risco é definido pela composição das variáveis frequência (probabilidade) e severidade (impacto), associadas aos eventos de perda (fatores de risco) inerentes ao processo avaliado (CROUHY; GALAI; MARK, 2004; MARSHALL, 2002).

Várias iniciativas, em termos de regulamentação, têm surgido para impulsionar o gerenciamento de riscos. As duas normas mais atuais de atuação mundial que tratam exclusivamente de riscos são a AS/NZS 4360/2004 (*Australian Standard for Risk Management*), publicada pela primeira vez em 1995 pela *Australian Standards*, e a ISO 31000, publicada no Brasil em 2009 pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009). A AS/NZS 4360/1995 foi considerada a primeira norma do mundo de gerenciamento de riscos, sendo aprimorada ao longo dos anos até sua mais recente edição, em 2004. A estrutura dessa norma foi a base da ISO 31000/2009 (BRAGA, 2010).

Em 2004, foi criada a *World Alliance for Patient Safety*, aliança vinculada às Nações Unidas composta por organizações internacionais e nacionais de diversos países que tem como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais (GOMES, 2008).

Na mesma direção, em 2005, a Organização Mundial da Saúde designou nos Estados Unidos as organizações *The Joint Commission* e *Joint Commission International* (JCI) como o primeiro Centro Colaborador para as Soluções na Segurança do Paciente (*WHO Collaborating Center For Patient Safety Solutions*). A missão do Centro é implementar as soluções bem-sucedidas para a grande variedade de problemas relativos à segurança do paciente (GOMES, 2008).

Uma evolução para o gerenciamento de riscos à saúde no Brasil foi o advento, em 2005, das primeiras portarias de regulação da Norma Regulamentadora (NR) 32 do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2005) e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, publicada pela ANVISA em 25 de julho de 2013 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013), a qual institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, dentre elas a elaboração, implantação, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, tendo como primeira estratégia identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática.

Para Baraldi (2005), o gerenciamento de riscos empresariais são os conhecimentos, os métodos, as técnicas e os processos organizados sistemicamente com suas ações práticas melhoradas continuamente para reduzir os prejuízos e aumentar os benefícios na concretização dos objetivos e metas estratégicos. No mesmo sentido, Bernstein (1996) apresenta a administração de risco como geradora de uma ampla gama de aspectos para tomada de decisões.

Quando investidores compram ações, cirurgiões realizam operações, engenheiros projetam pontes, empresários abrem negócios e políticos concorrem a cargos eletivos, o risco é um parceiro inevitável. Contudo, suas ações revelam que o risco não precisa ser hoje tão temido: administrá-lo tornou-se sinônimo de desafio e oportunidade (BERNSTEIN, 1996).

A melhoria da cultura de segurança nas organizações de cuidados de saúde tem trazido grande contribuição para o processo de desenvolvimento que fornece um quadro global da instituição, aumentando a confiança dos profissionais (VALLEJO-GUTIÉRREZ et al., 2014). Nesse sentido, Quinto Neto (2006) tece considerações sobre o conceito de “segurança” e suas implicações para os pacientes, profissionais e organizações, e destaca a importância de substituir a cultura da culpa e do castigo pela cultura da aprendizagem a partir da identificação e análise das falhas e acidentes.

Para Nordocci (2002), as políticas de risco devem incluir uma abordagem ética e procedimentos democráticos, e não apenas considerações técnico-científicas. O gerenciamento de risco deve incluir todas as decisões e escolhas sociais, políticas e culturais que se relacionam direta e indiretamente com as questões de risco na nossa sociedade. E é necessário ampliar o debate, no Brasil,

não apenas dos critérios e ferramentas, também das suas implicações sociais, políticas e éticas envolvidas na tomada de decisão sobre a aceitabilidade de riscos.

No contexto dos cuidados de saúde, a avaliação de qualquer medida do resultado consiste em determinar a extensão em que as diferenças observadas podem ser atribuídas a fatores de risco do paciente ou a variações no processo de tratamento. Isso destaca a importância de medir as diferenças na gravidade dos casos em estudos sobre eventos adversos (MARTINS et al., 2011). Essa necessidade de medição da frequência de eventos adversos e a da identificação das causas mais comuns têm sido importantes etapas adotadas por vários países para chamar a atenção para a gravidade do problema pouco conhecido e para orientar o desenvolvimento de políticas para a segurança do paciente. O estudo da incidência global de pacientes com eventos adversos durante internação hospitalar tem sido importante para compreender a magnitude desse problema (MENDES JÚNIOR et al., 2009).

Métodos para mensuração de riscos têm surgido em o todo mundo. A Espanha implantou o *Sistema de Notificación y la Seguridad del Aprendizaje para Paciente*, SiNASP, um sistema de comunicação genérica para todos os tipos de incidentes relacionados com a segurança do paciente, sendo de caráter voluntário, confidencial, não punitivo, anônimo, com análise local dos casos e com base na Classificação Internacional da OMS para a Segurança do Paciente (VALLEJO-GUTIÉRREZ et al., 2014).

Fatores da prática clínica que influenciam a ocorrência de eventos adversos podem ser usados para orientar a investigação de incidentes, para gerar formas de avaliação do risco, centradas na análise de causas e prevenção de ocorrência de eventos adversos (VINCENT; TAYLOR-ADAMS; STANHOPE, 1998). Análises de sistemas e suporte para pacientes e funcionários devem ser prioridades absolutas em qualquer estratégia de gestão de risco e segurança (VINCENT, 2003).

Sistemas de notificação para eventos adversos são uma excelente fonte de conhecimento, a partir dos quais podem surgir medidas de melhoria que visam reduzir impactos ou consequências (ANGLÈS et al., 2012). De instituições como a OMS, a Comissão Europeia e o próprio Ministério da Saúde Espanhol (SiNASP), assuntos sociais e de igualdade de políticas têm incentivado o desenvolvimento de

sistemas de notificação de incidentes como uma estratégia fundamental para melhorar a segurança dos pacientes (ANGLÈS et al., 2012).

Os eventos adversos constituem um problema significativo de saúde, que exige uma melhor comunicação de incidentes juntamente com a melhoria da consistência do atendimento, o reforço da comunicação e maior atenção aos riscos envolvidos na prestação de cuidados (BAKER; NORTON, 2006), sendo necessária a comparação de métodos para aplicar o mais apropriado na determinação do nível dos eventos adversos.

Portanto, a promoção de intervenções mais seguras de saúde em hospitais de forma a evitar danos para o paciente tem se tornado um tema de saúde pública relevante (SOMMELLA et al., 2014), visando à redução da morbimortalidade, do tempo de tratamento dos pacientes e, conseqüentemente, dos custos assistenciais (BRASIL, 2013, p. 7).

É notória a necessidade de ampliar a discussão no Brasil no tocante a eventos adversos, em especial, na assistência materno-infantil, a fim de adotar métodos, modelos decisórios e sistemas de notificações que possibilitem clarear a temática e mensurar antecipadamente a possibilidade da ocorrência de eventos adversos evitáveis, garantindo uma tomada de decisão focada na segurança do paciente.

Nesse sentido, buscou-se responder no presente estudo as seguintes **perguntas condutoras**: **a)** Quais as preferências decisórias dos enfermeiros gestores dos hospitais de Recife certificados pelo Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como ‘Hospital Amigo da Criança’? e **b)** Que parâmetros devem ser estudados para elaboração de um modelo decisório que possua sobreposição de olhares (lentes) – da gestão, técnica e da ciência – para direcionar investimentos e ações referentes à segurança do paciente materno-infantil? Para responder a essas perguntas, foi estabelecido como **objetivo** desenvolver um modelo decisório de priorização de investimentos e ações para a segurança do paciente materno-infantil baseado nas dimensões da governança clínica para o processo de cuidado de enfermagem; e como **hipóteses**: **(1)** as instituições pesquisadas não possuem um modelo decisório para direcionar investimentos e ações referentes à segurança do paciente materno-infantil; e **(2)** seus gestores não tomam decisão para aplicação de recursos com base em

modelos decisórios. Essas perguntas, hipóteses e objetivo estão em consonância com o Projeto aprovado pela Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE) que tem como um dos pressupostos que os modelos de decisão e alocação de recursos utilizados na Rede Cegonha no Estado de Pernambuco não estão adequados à complexidade das demandas observadas, sendo premente a necessidade de estudos de maior envergadura.

1.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um modelo decisório de priorização de investimentos e ações para a segurança do paciente materno-infantil baseado nas dimensões da governança clínica para o processo de cuidado de enfermagem.

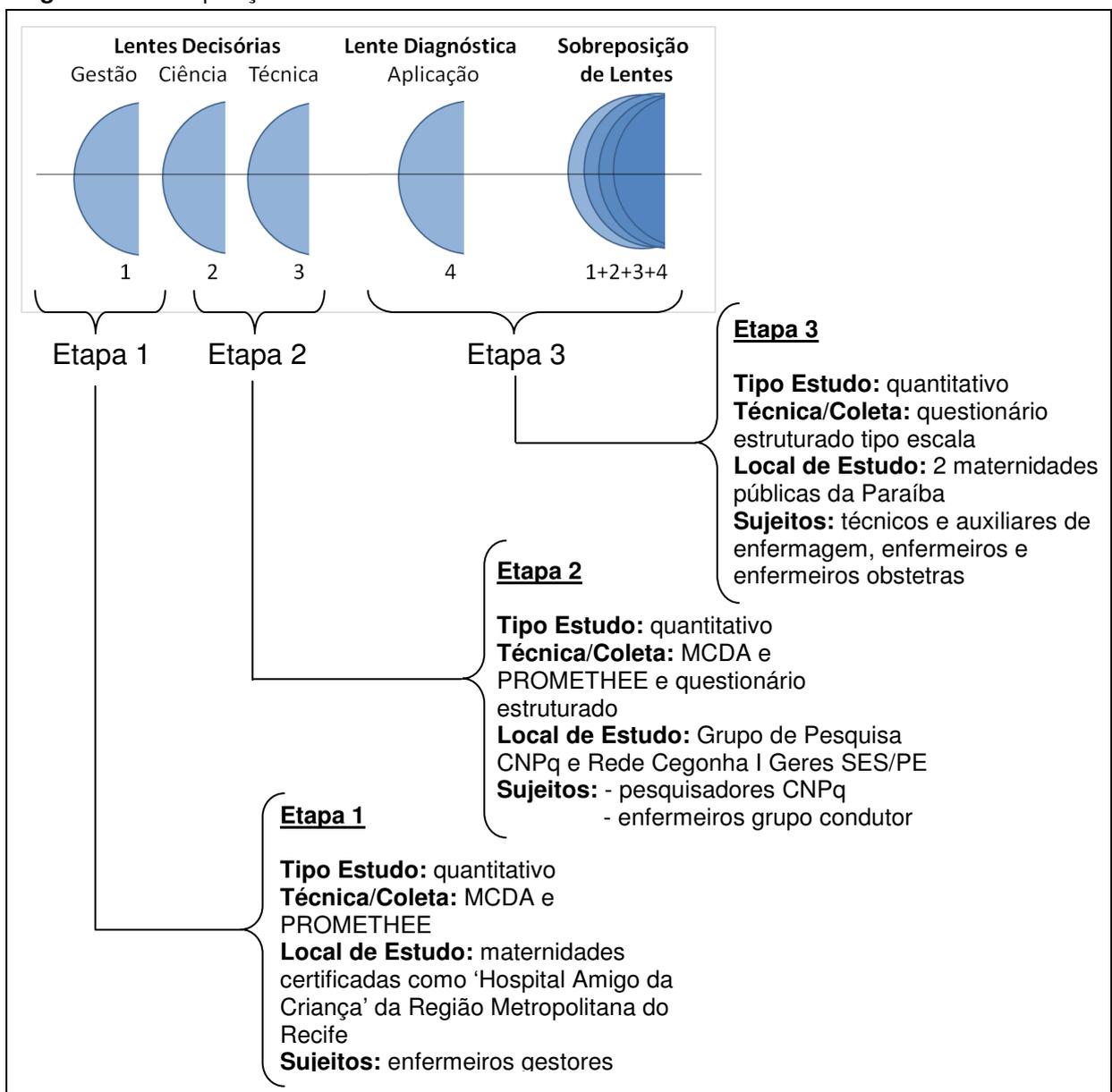
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Levantar as preferências decisórias de enfermeiros gestores com ênfase na segurança do paciente materno-infantil, buscando entender e subsidiar decisões sobre como devem ser priorizadas as ações e os investimentos voltados para a segurança dos pacientes nas atribuições de enfermagem;
- b) Propor um modelo decisório de priorização de investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil baseado nas dimensões da governança clínica para o processo de cuidado de enfermagem;
- c) Aplicar e validar um modelo decisório de priorização de investimentos e ações para a segurança do paciente materno-infantil baseado na sobreposição de 'lentes' geradas a partir das preferências decisórias referentes às atribuições da enfermagem e às dimensões da governança clínica.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para estruturar as atividades de pesquisa, o estudo foi dividido em três etapas. Na 1ª Etapa, foi construída a *lente decisória da gestão*; na 2ª Etapa, foram construídas as *lentes decisórias da ciência e da técnica*; na 3ª Etapa, foi construída a *lente diagnóstica* para validação do modelo. Todas as lentes foram sobrepostas, formando o modelo decisório de sobreposição de lentes, como sintetizado na figura 1.

Figura 1 – Sobreposição de Lentes



Fonte: O autor.

2.1 1ª ETAPA – CONSTRUÇÃO DA LENTE DECISÓRIA DA GESTÃO – ANÁLISE MULTICRITÉRIO DAS PREFERÊNCIAS DECISÓRIAS DOS ENFERMEIROS GESTORES

Nesta etapa, foi realizada uma pesquisa quantitativa, com amostragem por conveniência e abordagem baseada na metodologia MCDA (*Multiple Criteria Decision Analysis*), operacionalizada pelo algoritmo PROMETHEE (*Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations*), mediante o uso de ferramenta de captura gráfica de preferências e com análise de sensibilidade para garantir a robustez do modelo (MARESCHAL; DE SMET, 2009).

Nesse sentido, modelou-se o estudo por meio de técnicas MDCA-C com abordagem construtivista em quatro fases de apoio à decisão, diferenciadas mas intrinsecamente correlacionadas – (1) Identificação do contexto e dos decisores, (2) Estruturação do modelo multicritério, (3) Análise dos resultados e (4) Recomendações de apoio à decisão (BANA E COSTA, 1993; ENSSLIN; MONTIBELLER NETO; NORONHA, 2001).

O cenário institucional da pesquisa foram os hospitais certificados como 'Hospital Amigo da Criança' na cidade do Recife: Hospital das Clínicas, Hospital Agamenon Magalhães, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques, Maternidade Bandeira Filho, Unidade Mista Professor Barros Lima, Hospital Barão de Lucena e Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros.

2.2 2ª ETAPA – CONSTRUÇÃO DAS LENTES DECISÓRIAS DA CIÊNCIA E DA TÉCNICA – DEFINIÇÃO DA MATRIZ GOVERNANÇA CLÍNICA X ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

Para melhor delimitar as abordagens e os sujeitos da pesquisa, a segunda etapa consistiu em duas fases – *lentes decisórias*. Na primeira fase, a *lente da ciência*, aplicou-se um questionário baseado na metodologia MCDA com pesquisadores do Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil; e na segunda fase, a *lente da técnica*, os enfermeiros do Grupo Condutor da Rede Cegonha responderam um questionário baseado na matriz [D1 x D2].

Na primeira fase, foram incluídos como sujeitos da pesquisa todos os pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de

Saúde (GSS) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O critério de inclusão para seleção do Grupo de Pesquisa foi possuir mais de cinco anos de criação e ter em seu título as palavras-chave “governança” e “saúde”.

Os Diretórios de Grupo de Pesquisa constam da Plataforma Lattes, uma plataforma virtual criada e mantida pelo CNPq, integrando em um único sistema de informações as bases de dados de currículos, grupos de pesquisa e instituições das áreas de Ciência e Tecnologia, visando facilitar as ações de planejamento, gestão e operacionalização do fomento à pesquisa, tanto do CNPq quanto de outras agências de fomento à pesquisa federais e estaduais, e de instituições de ensino e pesquisa.

Os enfermeiros do Grupo Condutor da Rede Cegonha da I Gerência Regional de Saúde (I Geres) foram os sujeitos da segunda fase da pesquisa. Foram selecionados por serem os profissionais que estão constantemente monitorando e avaliando o processo de implantação/implementação da rede (BRASIL, 2014b).

As Gerências Regionais de Saúde (Geres) são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco que atuam de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. Pernambuco possui 12 Geres para apoiar os 184 municípios e a ilha de Fernando de Noronha. A I Geres é a maior em número de atividades e possui um parque de assistência médica capaz de resolver casos de média e de alta complexidade em toda a Região Metropolitana do Recife (RMR), num total de 19 municípios mais a ilha de Fernando de Noronha; ainda, atende diariamente demanda de outras Geres (PERNAMBUCO, 2018).

2.3 3ª ETAPA – CONSTRUÇÃO DA LENTE DIAGNÓSTICA – VALIDAÇÃO DE MODELO DECISÓRIO

Nesta etapa, foram estabelecidos critérios para validação do modelo decisório de sobreposição de lentes, a fim de entender o ‘grau’ decisório necessário para que determinada instituição possa obter uma melhor ‘visualização’ na aplicação de investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil. Convencionamos chamar esta etapa de Dioptria, por ser uma unidade de medida

que afere o poder de vergência – ou refração – de um sistema óptico, pois exprime a capacidade de um meio transparente modificar o trajeto da luz, ou seja, é a unidade de medida da potência de uma lente corretiva (popularmente conhecido como grau) (WIKIPÉDIA, 2018).

Matematicamente, a dioptria (D) é o inverso da distância focal (F), sendo esta a metade do raio (R) de curvatura: $[D = 1/F = 2/R]$. Neste estudo, o poder de vergência – dioptria – das três lentes decisórias [gestão + ciência + técnica] sobreposta à lente diagnóstica, se deu pela proposta de correção (grau) baseada nos valores expressos nos *índices de vergência*. O gradiente de cor, de tons contínuos que variam de vermelho a verde, foi utilizado para sinalizar a necessidade de correção. Quando o tom é próximo de vermelho, foi convencionado como área crítica (quente), que necessita de ‘grau corretivo’ para o cuidado seguro (vergência negativa); quando próximo de verde, foi convencionado como área fria (vergência positiva), cujo ‘grau’, não necessariamente, precisa de correções em relação a investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil.

O ciclo de validação proposto por Markus, Cooper-Thomas e Allpress (2005) foi adaptado para análise e validação do modelo decisório proposto neste estudo, tendo em vista entender-se que seu foco para competências pessoais possui similaridade com a aplicabilidade das atribuições pessoais dos profissionais de enfermagem.

Os procedimentos metodológicos de cada etapa da pesquisa e as tabelas com as listas de atribuições da enfermagem e as dimensões da governança clínica estão pormenorizados na Seção 3 – ARTIGOS CIENTÍFICOS.

2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/12, de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012), sendo condicionado à assinatura de Cartas de Anuência dos hospitais pesquisados e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndices E, F, G e H) pelo pesquisado, onde foram especificados os possíveis riscos e benefícios da participação nesta pesquisa.

Em todo trabalho buscou-se garantir o sigilo das informações obtidas, sem identificação nominal do sujeito da pesquisa nem dos hospitais pesquisados que participaram da pesquisa. Os nomes das instituições pesquisadas constam na metodologia dos respectivos artigos, mas, para fins de resultado, preservamos suas identificações.

A presente pesquisa foi registrada no SISNEP com código de Registro CAEE 50906915.0.0000.5190 e submetida para aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães (CEP/IAM)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – ANEXO E.

Com o Parecer número 1.589.404, o CEP/IAM considerou: “Considerou que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares”. Parecer: APROVADO.

Como o Parecer foi emitido para o Macroprojeto ‘REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)’, o Pesquisador Responsável Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior emitiu as seguintes declarações de vinculação para os projetos desenvolvidos pelos membros do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS/CNPq) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE, que são recorte do Macroprojeto:

- ANEXO A – Declaração de Declaração de Vinculação a Macroprojeto – Tese;
- ANEXO B – Declaração de Vinculação a Macroprojeto - Artigo 1 (RBSMI);
- ANEXO C – Declaração de Vinculação a Macroprojeto - Artigo 2 (REBEN);
- ANEXO D – Declaração de Vinculação a Macroprojeto - Artigo 3 (REBEN).

3 ARTIGOS CIENTÍFICOS

A presente tese foi defendida em formato de coletânea de artigos científicos, estruturados para atender ao objetivo geral deste estudo: **Artigo 1** – ‘*Segurança do paciente materno-infantil: uma análise multicritério das preferências decisórias dos enfermeiros gestores*’; **Artigo 2** – ‘*Governança clínica e cuidado seguro da enfermagem: um modelo decisório*’; e **Artigo 3** – ‘*Governança clínica e cuidado seguro da enfermagem: validação de modelo decisório*’.

3.1 ARTIGO 1 - SEGURANÇA DO PACIENTE MATERNO-INFANTIL: UMA ANÁLISE MULTICRITÉRIO DAS PREFERÊNCIAS DECISÓRIAS DOS ENFERMEIROS GESTORES.

RESUMO

Objetivos:

levantar as preferências decisórias dos enfermeiros gestores, com ênfase na segurança do paciente materno-infantil, para entender como devem ser priorizadas as ações e investimentos na aplicação das atribuições de enfermagem.

Métodos:

pesquisa quantitativa, com amostragem por conveniência e abordagem baseada na metodologia MCDA (*Multiple Criteria Decision Analysis*) operacionalizada pelo algoritmo PROMETHEE (*Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations*), mediante o uso de ferramenta de captura gráfica de preferências e análise de sensibilidade para garantir a robustez do modelo. A consolidação dos critérios foi realizada por meio das dimensões: acolhimento, classificação, atendimento, orientação, integração da equipe e aspectos administrativos, definidas por similaridade de critérios e índices de preferência calculados por ponderação.

Resultados:

maior preferência decisória ou importância relativa atribuída aos critérios da categoria profissional Enfermeiros Obstetras (46,47%), a qual destacou-se nas três dimensões com maiores preferências: Integração (22,74%), Atendimento (13,37%) e Aspectos Administrativos (10,36%). As dimensões não envolvidas diretamente com o paciente (Integração da Equipe e Aspectos Administrativos) tiveram em conjunto uma alta preferência decisória ou peso relativo (47,96%).

Conclusões:

o modelo de preferências decisórias forneceu contribuições inovadoras no tocante a priorização de ações e investimentos para proporcionar uma maior segurança do paciente materno-infantil.

Palavras-chave: Tomada de decisões. Serviços de saúde materno-infantil. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objectives:

establish the decision preferences of nurse managers, with emphasis on mother-child patient safety, in order to understand how actions and investments in the application of nursing assignments should be given priority.

Methods:

quantitative research, with convenience sampling and a MCDA methodology (Multiple Criteria Decision Analysis) was operationalized by the PROMETHEE algorithm (Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations) through the use of graphical preference capture tool and sensitivity analysis to ensure the robustness of the model. A consolidation of the criteria was carried out by means of the dimensions: reception, classification, assistance, orientation, team integration and administrative services, defined by criteria similarity and calculated by means of weighted preference indexes.

Results:

greater decision preference or relative importance was attributed to the professional category Obstetrics Nurses (46.47%), which stood out with the highest preferences in three dimensions: Integration (22.74%), Assistance (13.37%) and Administrative Aspects (10.36%). The dimensions not directly involved with the patient (Team Integration and Administrative Aspects), together, had a high decision-making preference or relative weight (47.96%).

Conclusion:

the model of decision-making preferences furnished innovative contributions with regard to the priority establishment of actions and investments to create greater safety for maternal and child patients.

Keywords: Decision making. Maternal and child health services. Patient safety.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de eventos adversos à saúde em ambiente hospitalar tem sido considerada um grande problema para segurança do paciente em todo o mundo,¹ trazendo consequências graves e desafiadoras para saúde pública.² É notória a necessidade de ampliar a discussão no Brasil no tocante a eventos adversos, em especial, na assistência materno-infantil, onde há uma dependência total do paciente infantil sob os cuidados prestados, sem capacidade de emitir opinião ou queixa, a fim de adotar métodos e sistemas que possibilitem aprofundar com base científica a temática e definir processos decisórios e modelos de decisão voltados para segurança do paciente.

Considera-se evento adverso (EA) a lesão ou dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência na instituição ou morte como consequência do cuidado prestado ao paciente, pela intervenção assistencial.³⁻⁴ A ocorrência de dano ou prejuízo causado pelo evento adverso está relacionada aos cuidados assistenciais e não à doença de base¹ e, essas ocorrências são, ou devem ser, preveníveis.⁵ Estes eventos possuem uma alta incidência de ocorrências evitáveis, grande parte associada a procedimentos cirúrgicos, erros de medicação ou infecções adquiridas no próprio hospital.² São de natureza sistêmica e gerados a partir da forma como as instituições hospitalares estão organizadas. Por esse motivo, a prevenção exige atenção direcionada às causas e as consequências das lesões, sendo necessário um esforço que vai muito além da identificação apenas de indivíduos culpáveis.⁶

Fatores da prática clínica que influenciam a ocorrência de eventos adversos podem ser usados para orientar a investigação de incidentes. Eles servem para gerar formas de avaliação do risco centradas na análise de causas e prevenção de ocorrência de eventos adversos.⁷ Análises de sistemas, modelos e suporte para pacientes e funcionários devem ser prioridades absolutas em qualquer estratégia de gestão de risco e segurança.⁸

A promoção de intervenções de saúde mais seguras em hospitais, de forma a evitar danos para o paciente tem se tornado um tema de saúde pública relevante,⁹

visando à redução da morbimortalidade, do tempo necessário para tratamento dos pacientes e conseqüentemente a redução dos custos assistenciais.¹⁰

Estudos que explorem uma inteligência decisória para definir as atividades que tem maior impacto na segurança do paciente deveriam ser prioridades nas organizações de saúde, principalmente naquelas voltadas para a assistência materno-infantil, pois lidam com uma atividade fisiológica, programável e de acompanhamento contínuo. Inteligência decisória é entendida aqui como “processos decisórios estruturados por um conjunto de regras para decidir que incorporem as preferências dos decisores e promovam a capacidade de adaptação e aprendizagem”.¹¹

Racionalidade decisória difere da inteligência decisória. Embora alguns autores as considerem equivalentes – tendo em vista que a decisão na racionalidade considera que os indivíduos possuem informações completas que maximizam suas preferências – decisão baseada no conceito de inteligência é uma combinação de diversos processos cognitivos de diagnóstico, de adaptação a novas situações para solução de problemas e de aprendizado, os quais possuem um contexto de informações incompletas e incertas.^{11,12,13}

Tem-se observado um crescente número de estudos que não economizam resultados drásticos referentes a eventos adversos ocorridos na área da saúde, mas não na mesma proporção de estudos que exploram tomadas de decisões voltadas para o cuidado seguro. Este artigo se propõe trazer contribuições para este aspecto.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo levantar as preferências decisórias de enfermeiros gestores com ênfase na segurança do paciente materno-infantil, buscando entender e subsidiar decisões sobre como devem ser priorizadas as ações e os investimentos voltados para a segurança dos pacientes nas atribuições de enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com amostragem por conveniência e abordagem baseada na metodologia MCDA – *Multiple Criteria Decision Analysis* operacionalizada pelo algoritmo PROMETHEE - *Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations*, mediante o uso de ferramenta de captura gráfica de preferências e com análise de sensibilidade para garantir a robustez do modelo.¹⁴

Nesse sentido, modelou-se o estudo por meio de técnicas MDCA-C com abordagem construtivista¹⁵⁻¹⁶ em quatro fases de apoio à decisão, diferenciadas, mas intrinsecamente correlacionadas – (1) Identificação do contexto e dos decisores, (2) Estruturação do modelo multicritério, (3) Análise dos resultados e (4) Recomendações de apoio à decisão.¹⁶

1ª Fase – Identificação do contexto e dos decisores

O cenário institucional da pesquisa foram os hospitais certificados como ‘Hospital Amigo da Criança’ na cidade do Recife – Hospital das Clínicas, Hospital Agamenon Magalhães, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques, Maternidade Bandeira Filho, Unidade Mista Professor Barros Lima, Hospital Barão de Lucena e Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros.

O Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) certificam desde 1992, por meio da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), instituições de saúde públicas e privadas que cumprem os ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’, o ‘Cuidado Amigo da Mulher’ e uma série de outros requisitos que buscam a adequada atenção à saúde da criança e da mulher.¹⁷

Os atores envolvidos no processo decisório são classificados em três grupos: decisores, representantes e agidos. Os *decisores* são os que tem poder institucional para ratificar uma decisão, que estabelecem limites do problema, especificam o objetivo a ser alcançado e emitem julgamentos. A eles é formalmente delegado o poder de decisão. Os *representantes* são os atores incumbidos de representar o decisor no processo de tomada de decisão; e os *agidos* são os que sofrem de forma passiva as consequências das decisões tomadas, podendo intervir indiretamente no processo por meio de pressão sobre decisores e seus representantes.¹⁵⁻¹⁶

Os oito coordenadores de enfermagem das maternidades certificadas foram incluídos como sujeitos da pesquisa. Esses sujeitos foram a população-alvo da pesquisa e cada um foi identificado, neste estudo, como ator ‘decisor’, único a responder na coleta de dados. Os representantes – técnicos/auxiliares, enfermeiros e enfermeiros obstetras – e os agidos – pacientes e acompanhantes – foram identificados apenas para contextualizar o processo de tomada de decisão, mas não responderam na coleta de dados.

2ª Fase – Estruturação do modelo multicritério

Nesta fase, definiu-se um modelo de avaliação para o *ranking* de preferências decisórias do PROMETHEE. Considerou-se como critérios as atribuições dos profissionais de enfermagem envolvidos no acolhimento e classificação de risco em obstetrícia, constante do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia da Rede Cegonha do Ministério da Saúde.¹⁸ Totalizaram-se 25 critérios (TA1, TA2,...,E1, E2,...,EO4) agrupados em três categorias profissionais de enfermagem (TA, E e EO), como listados na Tabela 1.

Tabela 1 – Critérios baseados nas atribuições dos profissionais de enfermagem

Categorias Profissionais	Ordem	Código	Critérios (Atribuições da Enfermagem)
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (TA)	1	TA1	Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.
	2	TA2	Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.
	3	TA3	Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.
	4	TA4	Aferir sinais vitais da mulher.
	5	TA5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.
	6	TA6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.
	7	TA7	Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.
	8	TA8	Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.
	9	TA9	Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.
Enfermeiros (E)	10	E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.
	11	E2	Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.
	12	E3	Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.
	13	E4	Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso.
	14	E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.
	15	E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.
	16	E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.
	17	E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.
	18	E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.
	19	E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.
	20	E11	Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.
	21	E12	Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.
Enfermeiros Obstetras (EO)	22	EO1	Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.

Categorias Profissionais	Ordem	Código	Critérios (Atribuições da Enfermagem)
	23	EO2	Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.
	24	EO3	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.
	25	EO4	Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.

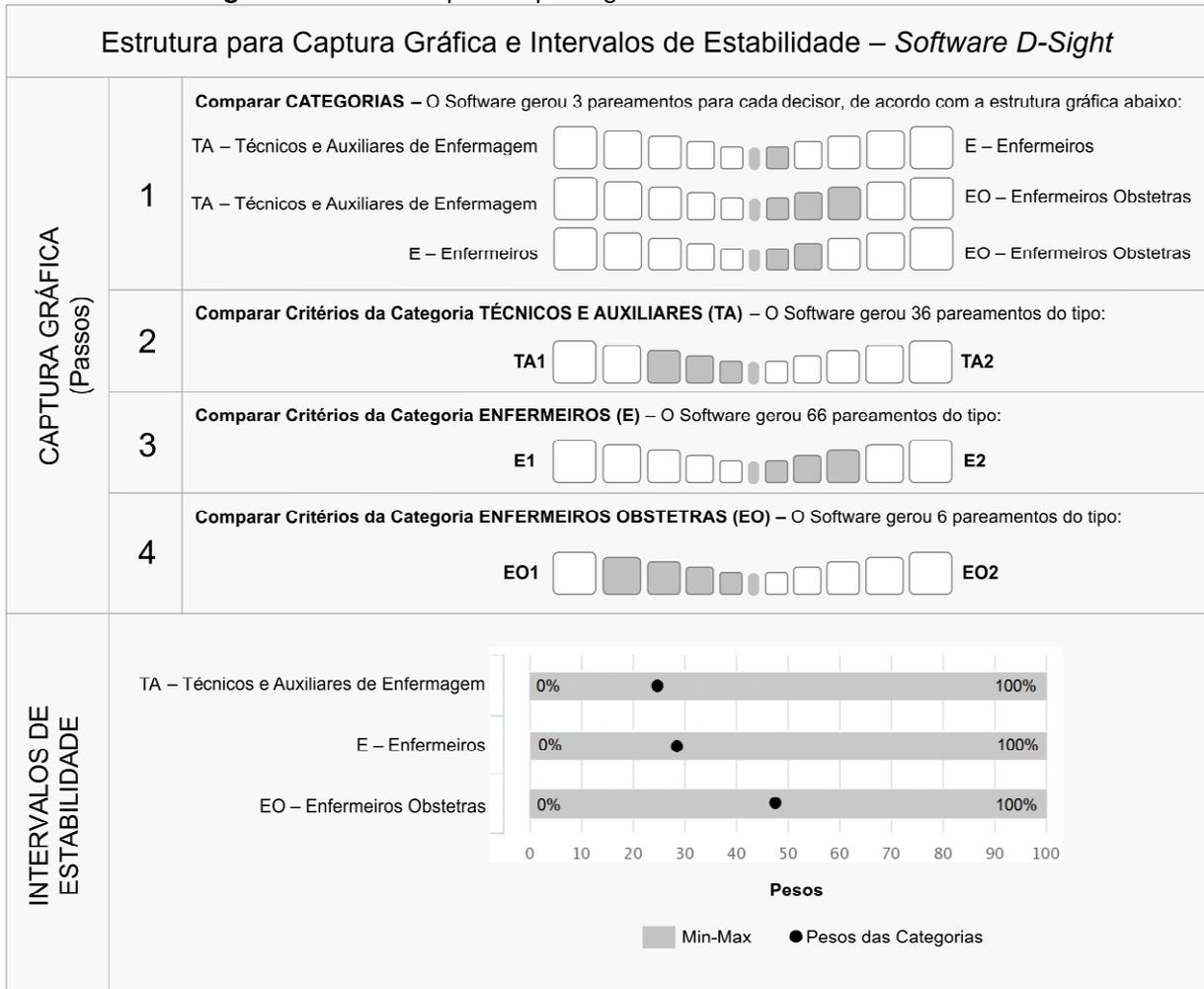
Fonte: Elaborado pelos autores da pesquisa com base no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia – Rede Cegonha, 2014.

O Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia/A&CR, instrumento base desse estudo, é uma iniciativa do Ministério da Saúde, a partir da Rede Cegonha que, desde 2011, tem como objetivo proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças. Este Manual de apoio às maternidades e serviços de obstetrícia no Brasil, trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização do acolhimento das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal. O instrumento foi elaborado a partir das experiências de maternidades que vêm implementando o A&CR e inclui o Protocolo de Classificação de Risco que é uma ferramenta de apoio à decisão clínica.¹⁸

O *ranking* de preferências é a ordenação dos critérios – atribuições dos profissionais de enfermagem – constantes do Manual A&CR que foram baseados na sua importância para segurança do paciente. Os índices que possibilitaram o *ranking* das preferências decisórias foram levantados por meio de um questionário digital – instrumento de coleta de dados, modelado com os 25 critérios de enfermagem par a par, respondidos por cada decisor de enfermagem por intermédio da ferramenta de captura gráfica de preferências.

Para dar peso a cada critério no gráfico pareado, o decisor utilizou o *Software D-Sight*, o qual gerou três combinações pareadas entre as três categorias profissionais – Técnicos/Auxiliares (TA); Enfermeiros (E); e Enfermeiros Obstetras (EO) – e 108 combinações pareadas entre os 25 critérios, sendo 36 pareamentos entre os 9 critérios dos Técnicos/Auxiliares, 66 pareamentos entre os 12 critérios dos Enfermeiros e 6 pareamentos entre os 4 critérios dos Enfermeiros Obstetras, como apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Estrutura para captura gráfica e intervalos de estabilidade



Fonte: Elaborado pelos autores da pesquisa com base no *Software D-Sight*.

O *D-Sight* é um *software* flexível que pode ser adaptado para atender às necessidades de organizações de diferentes tipos, utilizando uma abordagem estruturada para projetos de avaliação ou decisão. Ele operacionaliza em interface *web* o algoritmo PROMETHEE – *Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations*, que é um método prescritivo que permite classificar as ações de acordo com as preferências dos tomadores de decisão.¹⁴

O valor de preferência $P_j(a_i, a_l)$ é função da diferença $f_j(a_i) - f_j(a_l)$ e corresponde ao grau de preferência que o tomador de decisão expressou para a_i comparado ao critério a_l . As avaliações de dois critérios a_i e a_l é um número entre 0 e 1, onde $P_j=0$ não corresponde a nenhuma preferência, enquanto $P_j=1$ corresponde a uma preferência total. A média ponderada das preferências para obtenção dos índices de cada critério é calculada pela fórmula¹⁴:

$$\sum_{j=1}^k w_j P_j(a_i, a_l)$$

Onde:

k = Número de Critérios

j = Critério

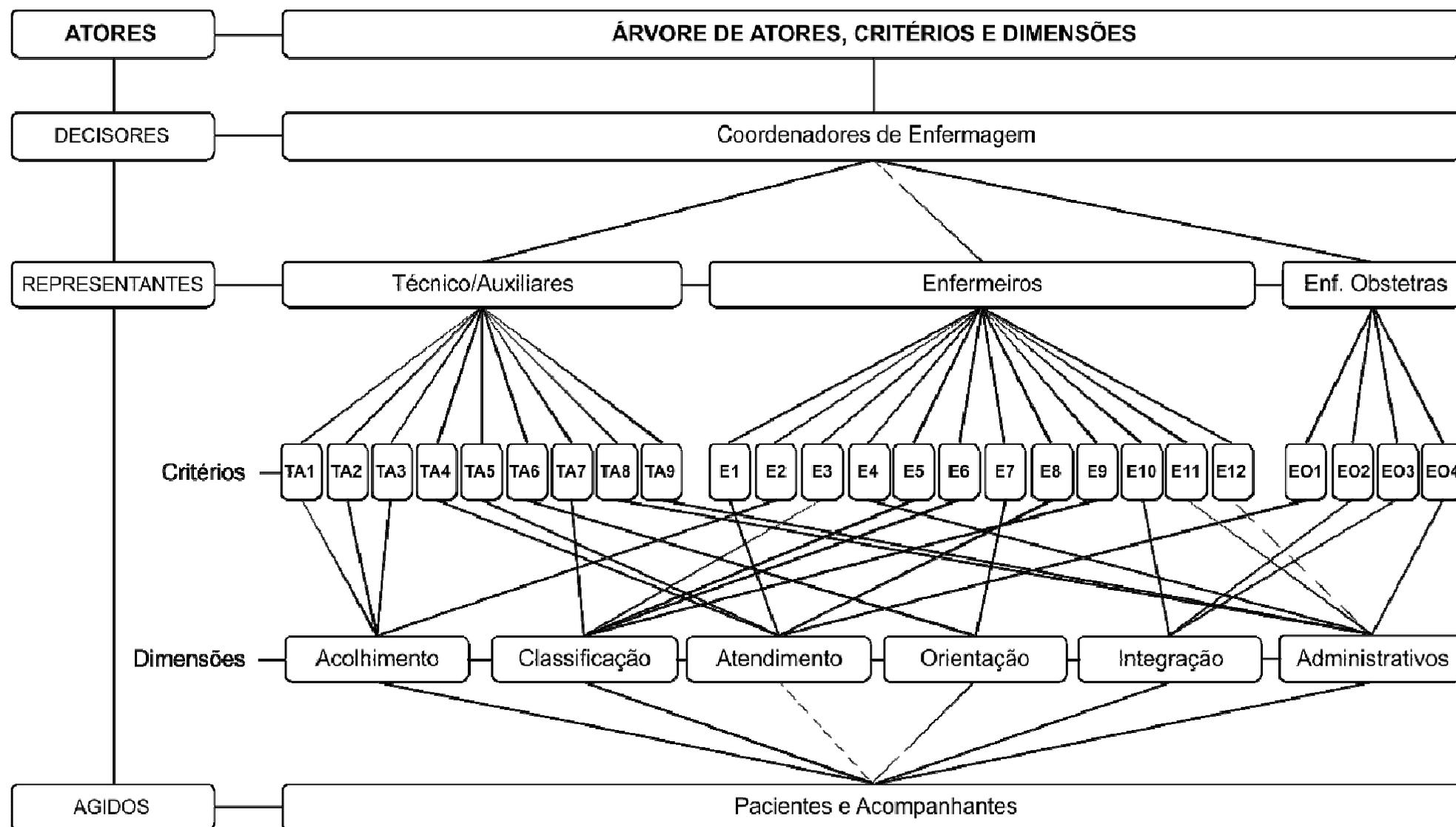
P = Preferência

W = Peso

Para classificar em dimensões, simultaneamente à categorização profissional – TA, E e EO – os critérios escolhidos para o *ranking* foram categorizados também de acordo com a finalidade de cada atribuição dos profissionais de enfermagem. Classificou-se em seis diferentes dimensões com critérios agrupados por similaridade – Acolhimento, Classificação, Atendimento, Orientação, Integração da Equipe e Aspectos Administrativos – com índices de preferências calculados por meio da ponderação dos resultados obtidos na utilização da ferramenta de captura gráfica do *Software D-Sight*.

Para análise de dados, essas seis dimensões formaram um modelo decisório de estrutura sistematizada e dividida em partes menores – critérios, tendo em vista a sua complexidade; e, em seguida, foram integradas novamente em dimensões para compor uma análise consolidada que representasse melhor a síntese das preferências decisórias. Nesse sentido, a Figura 8 ilustra um esquema em formato de árvore em que são apresentadas as relações entre os atores, os critérios e sua integração às dimensões que consolidam a síntese de preferências decisórias.

Figura 2 – Árvore de atores, critérios e dimensões



Fonte: Os autores.

A análise de sensibilidade mediante o *Software D-Sight* nos garante que, na avaliação dos critérios pelos decisores, os valores de entrada do modelo estão em consonância com o resultado final dentro do intervalo de estabilidade (Figura 1), não havendo incoerência de preferências do tipo $A < C$ na aplicação da lógica $A > B > C$ (preferência estrita). Já para os valores dos índices de cada dimensão, não houve participação direta dos decisores, pois foram calculados por meio do somatório dos critérios relacionados com cada dimensão, ponderados pelos respectivos Pesos da Categoria Profissional (wCP), de acordo com as relações propostas na Figura 2 e resumida na seguinte fórmula:

$$\sum_{j=1}^k j wCP_j$$

Onde:

k = Número de Decisores

j = Critério da Categoria

CP = Índice da Categoria Profissional

W = Peso dos Critérios da Categoria Profissional

3ª Fase - Análise dos resultados

Para o resultado das preferências por critério, aplicou-se a fórmula do pareamento gráfico proposto na 2ª Fase – Estruturação do modelo multicritério, por meio da função de diferenças de preferência associada a cada critério selecionando na captura gráfica pelo tomador de decisão.

4ª Fase - Recomendações de apoio à decisão

O processo de tomada de decisão é permeado por dois paradigmas. De um lado, o paradigma racionalista com o objetivo básico de encontrar a solução ótima, sem levar em consideração a subjetividade dos atores; e de outro, o construtivista que tem como objetivo a geração de conhecimento para os decisores. A abordagem

construtivista considera simultaneamente elementos de natureza objetiva e subjetiva, e privilegia a participação e a aprendizagem dos tomadores de decisão como pilares do paradigma.¹⁶

Neste estudo, buscou-se a construção de um modelo recomendável, não necessariamente ótimo, mas que levasse em consideração a heterogeneidade e tipo de conhecimento dos atores envolvidos e que aplicasse importância a sua subjetividade, optando-se por criar um modelo decisório construtivista.

Aspectos Éticos

O presente estudo está de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo a participação dos sujeitos da pesquisa condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). É recorte do macroprojeto: Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

RESULTADOS

Para um melhor entendimento de como foi aplicada a fórmula de pareamento gráfico, tomando como base o critério E10 – ‘Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária’, o índice de preferência de 11,34 desse critério foi obtido do resultado da seleção gráfica de cada par de critérios, onde o decisor CE1 selecionou os mais importantes numa escala com diferença de 0,2 (0,2; 0,4; 0,6; 0,8; 1,0), sendo 0,0 para não preferência e 1,0 para uma preferência total, aplicando-se a fórmula:

$$\sum_{j=1}^k w_j P_j$$

Onde:

k = Número de Critérios
 j = Critério
 P = Preferência
 W = Peso

Tem-se:

$$\sum_{j=10}^{12} w_{10} P_{10} = 11,34$$

Onde:

k = Número de Critérios dos Enfermeiros ($E = 12$)
 j = Critério
 P = Preferência de E10
 W = Peso

Na mesma lógica de aplicação do critério E10, foram consolidados os índices de preferência de todos os outros critérios, resultando na tabela de índices de preferência (Tabela 2), a qual apresenta o resultado de todos os decisores, agrupados por categoria profissional e consolidada com média e desvio padrão.

Tabela 2 – Preferências decisórias – Por Critério e Categoria Profissional - dos Coordenadores de Enfermagem (CE)

CRITÉRIOS		CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	CE6	CE7	CE8	Média	Desvio Padrão
TAE	Técnico/Auxiliar de Enfermagem	19,85	19,97	22,11	30,62	22,30	32,75	24,02	24,02	24,46	4,76
TAE1	Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.	50,47	8,35	2,88	3,52	6,26	6,63	8,08	6,33	11,57	15,84
TAE2	Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.	4,62	9,47	7,07	8,93	12,08	7,25	9,13	10,09	8,58	2,25
TAE3	Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.	2,50	7,44	3,25	8,32	8,68	14,62	9,28	11,97	8,26	4,04
TAE4	Aferir sinais vitais da mulher.	11,51	17,98	22,92	21,67	11,07	15,79	12,22	12,98	15,77	4,65
TAE5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.	3,36	9,39	2,88	12,71	8,57	9,69	9,83	12,21	8,58	3,65
TAE6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.	5,94	10,70	3,25	12,15	9,26	8,97	12,24	12,78	9,41	3,35
TAE7	Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.	6,50	12,70	37,34	16,23	17,50	11,08	12,71	13,52	15,95	9,26
TAE8	Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.	7,93	7,78	3,25	8,05	9,08	7,75	8,08	11,04	7,87	2,17
TAE9	Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.	7,19	16,19	17,16	8,43	17,50	18,21	18,42	9,09	14,02	4,87
E	Enfermeiro	34,69	37,59	31,89	25,82	34,64	25,99	20,98	20,98	29,07	6,48
E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.	6,48	7,59	10,54	7,41	6,77	10,44	7,87	6,71	7,98	1,62
E2	Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.	7,77	6,88	5,69	7,59	9,69	14,52	7,31	7,72	8,40	2,71
E3	Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.	11,00	8,58	9,85	9,44	8,58	11,36	9,66	16,05	10,57	2,43
E4	Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso.	5,95	7,68	4,47	10,19	7,42	8,71	9,24	4,54	7,28	2,13
E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.	12,85	9,12	7,31	11,04	6,75	9,21	9,94	11,29	9,69	2,05
E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.	6,86	6,44	5,07	5,03	6,35	3,86	5,57	3,78	5,37	1,16
E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.	7,86	7,36	6,23	10,78	8,58	5,26	7,08	10,40	7,94	1,92
E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.	4,69	7,14	1,98	5,33	6,43	4,92	6,08	5,46	5,25	1,55
E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.	8,67	12,16	19,15	11,77	14,86	9,24	9,75	13,82	12,43	3,48
E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.	11,34	10,44	14,70	9,29	9,61	9,49	12,34	9,05	10,78	1,94
E11	Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.	12,16	10,71	10,80	6,81	8,98	9,10	10,85	7,04	9,56	1,92
E12	Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.	4,35	5,91	4,22	5,33	5,96	3,90	4,30	4,15	4,77	0,83
EO	Enfermeiros Obstetras	45,46	42,44	46,00	43,56	43,06	41,26	55,00	55,00	46,47	5,48
EO1	Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.	43,15	22,31	29,50	24,33	28,74	24,22	20,19	36,80	28,66	7,81
EO2	Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.	18,44	21,10	12,94	32,03	20,47	17,59	25,89	21,25	21,21	5,72
EO3	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.	21,58	31,65	41,72	26,93	24,82	22,91	23,63	27,96	27,65	6,53
EO4	Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.	16,83	24,94	15,85	16,71	25,97	35,28	30,29	13,98	22,48	7,79

Fonte: Elaborado pelos autores da pesquisa com auxílio do *Software D-Sight*, 2016

Ponderando os índices dos critérios da Tabela 2 com suas respectivas categorias profissionais, possibilitou-se calcular os índices de preferência das 6 dimensões constantes da Figura 2. Esse resultado foi obtido por meio da aplicação da seguinte fórmula:

$$\sum_{j=1}^k j w CP_j$$

Onde:

k = Número de Decisores

j = Critério da Categoria

CP = Índice da Categoria Profissional

W = Peso dos Critérios da Categoria Profissional

Para obtenção do Critério EO1 (36,80%) – ‘Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário’ – pertencente à Categoria Profissional EO (55,00%) do Decisor CE8, que teve maior preferência entre todos os critérios das dimensões (20,24%) e foi agrupado por similaridade à Dimensão Atendimento (23,30%), utilizou-se o seguinte cálculo:

$$K=8$$

$$X \sum_{j=EO1 \text{ de } CE8} EO1.wEO_{CE8}$$

Onde:

k = Número de Decisores = 8

j = Critério da Categoria = EO1 do CE8 = 36,80%

CP = Índice da Categoria Profissional = EO = 55,00%

W = Peso dos Critérios da Categoria Profissional =
55,00/100 = 0,55

Tem-se:

$$K=8$$

$$x \sum_{j=EO1 \text{ de } CE8} 36,80 \times 0,55_{CE8} = 20,24$$

$$x \sum (EO1_{CE} + EO1_{CE2} + EO1_{CE3} + EO1_{CE4} + EO1_{CE5} + EO1_{CE6} + EO1_{CE7} + 20,24_{CE8}) / 8$$

$$x \sum (19,62 + 9,47 + 13,57 + 10,60 + 12,38 + 9,99 + 11,10 + 20,24) / 8$$

$$x \sum_{=EO1} = 106,97 / 8 = 13,37$$

Com os cálculos propostos no método, sendo aplicado a todos os critérios com todos os decisores foi possível padronizar a Tabela 3, que consta todos os valores dos critérios já ponderados e agrupados por dimensão. Nesta tabela, observa-se que a maioria dos decisores (25,89%) preferiu os critérios que otimizem a ‘integração da equipe’; seguidos pelos critérios voltados para o ‘atendimento’ materno-infantil (23,30%).

Tabela 3 – Preferências decisórias – Por Dimensão, Critério e Categoria Profissional - dos Coordenadores de Enfermagem (CE)

DIMENSÕES		CRITÉRIOS	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	CE6	CE7	CE8	Média	Desvio Padrão
Acolhimento 9,21%	TA1	Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.	10,02	1,67	0,64	1,08	1,40	2,17	1,94	1,52	2,55	3,05
	TA2	Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.	0,92	1,89	1,56	2,73	2,69	2,37	2,19	2,42	2,10	0,62
	TA3	Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.	0,50	1,49	0,72	2,55	1,94	4,79	2,23	2,88	2,14	1,36
	E2	Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.	2,70	2,59	1,81	1,96	3,36	3,77	1,53	1,62	2,42	0,83
Classificação 14,90%	TA7	Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.	1,29	2,54	8,25	4,97	3,90	3,63	3,05	3,25	3,86	2,07
	E3	Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.	3,82	3,23	3,14	2,44	2,97	2,95	2,03	3,37	2,99	0,55
	E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.	4,46	3,43	2,33	2,85	2,34	2,39	2,09	2,37	2,78	0,80
	E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.	2,38	2,42	1,62	1,30	2,20	1,00	1,17	0,79	1,61	0,65
	E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.	3,01	4,57	6,11	3,04	5,15	2,40	2,05	2,90	3,65	1,44
Atendimento 23,30%	TA4	Aferir sinais vitais da mulher.	2,28	3,59	5,07	6,63	2,47	5,17	2,94	3,12	3,91	1,55
	TA5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.	0,67	1,88	0,64	3,89	1,91	3,17	2,36	2,93	2,18	1,16
	E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.	2,25	2,85	3,36	1,91	2,35	2,71	1,65	1,41	2,31	0,65
	E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.	1,63	2,68	0,63	1,38	2,23	1,28	1,28	1,15	1,53	0,65
	EO1	Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.	19,62	9,47	13,57	10,60	12,38	9,99	11,10	20,24	13,37	4,25
Orientação 4,63%	TA6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.	1,18	2,14	0,72	3,72	2,06	2,94	2,94	3,07	2,35	1,02
	E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.	2,73	2,77	1,99	2,78	2,97	1,37	1,49	2,18	2,28	0,62
Integração da Equipe 25,89%	E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.	3,93	3,92	4,69	2,40	3,33	2,47	2,59	1,90	3,15	0,97
	EO2	Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.	8,38	8,95	5,95	13,95	8,81	7,26	14,24	11,69	9,91	3,06
	EO3	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.	9,81	13,43	19,19	11,73	10,69	9,45	13,00	15,38	12,83	3,24
Aspectos Administrativos 22,07%	TA8	Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.	1,57	1,55	0,72	2,46	2,02	2,54	1,94	2,65	1,93	0,65
	TA9	Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.	1,43	3,23	3,79	2,58	3,90	5,96	4,42	2,18	3,44	1,42
	E4	Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso.	2,06	2,89	1,43	2,63	2,57	2,26	1,94	0,95	2,09	0,65
	E11	Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.	4,22	4,03	3,44	1,76	3,11	2,37	2,28	1,48	2,83	1,02
	E12	Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.	1,51	2,22	1,35	1,38	2,07	1,01	0,90	0,87	1,41	0,51
	EO4	Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.	7,65	10,58	7,29	7,28	11,18	14,56	16,66	7,69	10,36	3,61
TOTAIS			100,00									

Fonte: Elaborado pelos autores da pesquisa com auxílio do *Software D-Sight*, 2017

Com base nos *critérios*, o critério EO3 – ‘Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher’ (12,83%) – colaborou 49,55% com o índice da dimensão ‘Integração da Equipe’ (25,89%), sendo superado apenas pelo critério EO1 – ‘Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário’ (13,37%) – que colaborou 57,38% com o índice da dimensão ‘Atendimento’ (23,30%). Ambos os critérios são da categoria profissional Enfermeiros Obstetras, que teve os critérios com maior importância relativa (preferência decisória) relacionados à segurança do paciente materno-infantil (46,47%).

Com base nas *dimensões*, a categoria profissional Enfermeiros Obstetras destacou-se nas três dimensões com maiores preferências decisórias: ‘Integração’ (22,74%), ‘Atendimento’ (13,37%) e ‘Aspectos Administrativos’ (10,36%). E foi considerada pelos decisores (87,83%) a categoria profissional de maior preferência entre os critérios da dimensão ‘Integração da Equipe’ (25,89%). Nas duas seguintes dimensões, a categoria Enfermeiros (74,09%) foi a que apresentou maior preferência entre os critérios da dimensão ‘Classificação’ (14,90%); e, a dos Técnicos e Auxiliares (73,72%), a que apresentou maior preferência entre os critérios da dimensão ‘Acolhimento’ (9,21%). Já na dimensão ‘Orientação’ (4,63%), seus critérios foram os que tiveram menor preferência, havendo um equilíbrio de preferências entre as categorias de Técnicos e Auxiliares (2,35%) e de Enfermeiros (2,28%).

Com base nas *categorias profissionais*, observou-se uma maior preferência dos decisores pelos critérios da categoria profissional Enfermeiros Obstetras (46,47%), a qual apresentou um índice superior a 50% de cada uma das outras duas categorias: Enfermeiros (29,07%) e Técnicos e Auxiliares (24,46%).

A análise de sensibilidade foi aplicada em todas as categorias profissionais para verificar a robustez do modelo. Essa análise foi verificada ao final das respostas de cada decisor por meio do *Software D-Sight*, o qual não diagnosticou incoerências durante a captura gráfica de preferências. Na análise gráfica de estabilidade, todos os pontos gerados pelo *Software* ficaram dentro dos limites aceitáveis (Figura 1). Os intervalos de estabilidade indicam os limites pelos quais pode haver alteração na ponderação dos critérios sem que haja mudança na hierarquia e sinaliza coerência nos resultados totais.

DISCUSSÃO

A Análise de Decisão Multicritério (MCDA) é aplicada a uma ampla gama de áreas nos cuidados de saúde, com o uso de uma variedade de abordagens metodológicas. Uma revisão sistemática realizada no ano de 2015, entre estudos de língua inglesa de 1980 a 2013, constatou uma utilização crescente do MCDA nos cuidados de saúde. A maioria dos estudos foi publicado nos Estados Unidos e a tomada de decisão médica foi o assunto predominante entre todos os estudos, sendo o câncer a doença mais pesquisada e a área do diagnóstico e do tratamento a mais abrangente.¹⁹

Os métodos multicritério auxiliam as pessoas a fazer melhores escolhas quando confrontadas com decisões complexas envolvendo várias dimensões, principalmente nas decisões centradas no paciente, que são, por natureza, multidimensionais e envolvem múltiplos tomadores de decisão. As decisões deste tipo incorporam preferências, valores e circunstâncias pessoais únicas no processo de tomada de decisão e envolvem ativamente tanto os pacientes quanto os prestadores de cuidados de saúde.²⁰

Vale destacar ainda, que os critérios das dimensões não envolvidas diretamente com o paciente – ‘Integração da Equipe’ e ‘Aspectos Administrativos’ – tiveram uma alta preferência decisória (47,96%) para segurança materno-infantil. Isso evidencia a necessidade de priorizar a tomada de decisão para o planejamento do gerenciamento do cuidado de enfermagem, tendo em vista o impacto que traz para a segurança do paciente e para qualidade da assistência de enfermagem.²¹

A integração da equipe tem sido bastante discutida em estudos que focam a segurança do paciente. A sua falta, juntamente com a falta de comunicação entre as unidades, fragiliza muito o trabalho em equipe nas unidades hospitalares.²² O debate sobre a necessidade de integrar a cultura de segurança à prática da enfermagem, por meio de estratégias educativas que contribuam para a qualidade do cuidado prestado e que previnam eventos adversos por meio do gerenciamento de risco hospitalar, tende a crescer.²³ Nesse contexto, sugere-se a inclusão e a participação ativa dos profissionais de enfermagem em uma gestão compartilhada para a implantação da cultura de segurança,²¹ pois os processos de tomada de decisão

quando não compartilhados prejudicam a corresponsabilização e levam a uma centralidade na decisão das condutas de enfermagem.²⁴

Com uma visão comum e o direcionamento para os objetivos organizacionais, o trabalho em equipe na configuração de cuidados de saúde é um processo contínuo de interação, de forma cooperada, coordenada e com uma comunicação compartilhada e focada em cuidar de todos os pacientes.²⁵ É entendida como prática interprofissional colaborativa, que envolve uma equipe articulada com colaboração entre profissionais de diferentes áreas e centrada no paciente.²⁶⁻²⁴

A profissão de enfermagem é a mais citada em estudos sobre prática interprofissional colaborativa e educação interprofissional.²⁷ Entretanto, contradizendo essas citações, vários estudos apresentam a inexistência de interação e articulação efetiva de suas ações em procedimentos técnicos. Isso leva a uma divisão técnica do trabalho, caracterizando como uma organização de trabalho coletivo, o que diferencia de um trabalho em equipe que é integrado e colaborativo.^{28,29,24}

Publicações recentes sobre segurança e prevenção de erros têm considerado a ruptura na comunicação ou a falta de trabalho em equipe um dos fatores que mais contribuem para eventos adversos nos cuidados de saúde. O dano ao paciente, o aumento do tempo de permanência hospitalar e o uso ineficaz dos recursos são alguns dos resultados dessa ruptura da comunicação.²⁵

A passagem de plantão, constante dos critérios TA9 e EO4 deste estudo, totalizou 13,8% das preferências decisórias para segurança do paciente, representando 62,53% dos critérios da dimensão 'Aspectos Administrativos' (22,07%), terceira dimensão de maior preferência. Entretanto, algumas publicações têm demonstrado pouca importância a esses aspectos, não existindo uma rotina sistematizada para o repasse de informações e/ou documentos entre os diferentes setores que prestam cuidados ao paciente.²²

Os valores de desvio padrão existentes no estudo sinalizaram que cada decisor construiu de forma diferente o seu contexto decisório, não importando em indicadores ótimos para tomada de decisão, mas em um alinhamento dos resultados numéricos que apontassem para recomendações de apoio a decisão.¹⁶ Elas fornecem subsídios aos decisores para que tenham condições de orientar suas decisões voltadas para critérios que estão no *ranking* com maiores preferências,

apontando para uma decisão menos frágil no tocante à segurança do paciente materno-infantil.

Investimentos voltados para o gerenciamento de pessoas e incentivo à comunicação efetiva e ao trabalho em equipe proporcionam um melhor relacionamento interpessoal, integra a equipe e, em consequência, promovem a cultura de segurança do paciente.²¹ O trabalho efetivo da equipe por meio de uma prática e educação interprofissional colaborativa,²⁷ com ênfase na liderança, na comunicação e na definição clara de papéis,²⁵ aliado a um gerenciamento eficaz e prioritário para passagem de plantão²¹ e um atendimento acolhedor com base nos protocolos institucionais e a uma correta classificação, foram achados importantes que apoiam a decisão.

Apesar da necessidade de desenvolver diretrizes práticas para a aplicação adequada de métodos MCDA,¹⁹ eles são especialmente úteis quando são capazes de combinar ‘dados rígidos’ – critérios – com as preferências subjetivas. Assim, criam-se compromissos entre os resultados desejados (segurança do paciente) envolvendo os múltiplos tomadores de decisão – coordenadores de enfermagem, técnicos e auxiliares, enfermeiros e enfermeiros obstetras.²⁰

O resultado da interação entre os diversos critérios, o *ranking* de preferências decisórias do MCDA-C por meio do PROMETHEE e sua ponderação com as dimensões, possibilitaram um modelo de decisão claro e coerente, que sinalizou as atribuições de enfermagem de maior importância relativa para segurança do paciente.

Os autores ponderam que o estudo pode apresentar limitações relacionadas às dificuldades de compreensão da utilização da metodologia MCDA, devido à sua complexidade, havendo necessidade de consulta de material complementar por parte do leitor. Outro aspecto é referir-se à necessidade de aplicar as preferências decisórias em área geográfica diferente da localidade da pesquisa, tendo em vista a possibilidade de variações nos aspectos e valores subjetivos dos decisores de outras localidades. Entretanto, não obstante as suas limitações, o modelo de preferências decisórias forneceu contribuições inovadoras no tocante a priorização de ações e investimentos para proporcionar uma maior segurança do paciente materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Martins M, Travassos C, Mendes W, Pavão ALB. Hospital deaths and adverse events in Brazil. *BMC Health Services Research*. 2011 Sep 19;11:223.
2. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*. 2014; 14: 311.
3. Amaya SL. Seguridad del Paciente: Conceptos e análisis de eventos adversos. Centro de Gestión Hospitalaria/ ViaSALUD. 2009;(48): 6-21.
4. Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques PM. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Rev bras epidemio*. 2008; 11(1): 55-66.
5. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. 2008; 16(4): 746-751.
6. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991; 324: 377-384.
7. Vicent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*. 1998.; 316(7138): 1154-7.
8. Vicent C. Understanding and Responding to Adverse Events. *N Engl J Med*. 2003.; 348(11): 1051-6.
9. Sommella L, Waure C, Ferriero AM, Biasco A, Mainelli MT, Pinnarelli L, et al. The incidence of adverse events in an Italian acute care hospital: findings of a two-stage method in a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*. 2014; 14(1):358.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada 36. 2013.
11. Pedroso M. Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [tese]. Brasília: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília. 2011.
12. March JG. Como as Decisões Realmente Acontecem: Princípios da Tomada de Decisões São Paulo: Leopardo Editora; 2010.
13. Simon HA. *The Sciences of the Artificial*. 3rd ed. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology; 1996.
14. Mareschal B, De Smet Y. Visual PROMETHEE: Developments of the PROMETHEE & GAIA Multicriteria Decision Aid Methods. *IEEE*. 2009;1646-1649.
15. Bana e Costa CA. Três convicções fundamentais na prática do apoio à decisão. In *Pesquisa Operacional*.: Sociedade Brasileira de Pesquisa Operacional; 1993.9-20.
16. Ensslin L, Montibeller Neto G, Noronha SM. Apoio à Decisão: Metodologias para Estruturação de Problemas e Avaliação Multicritério de Alternativas. 1st ed. Moura NRd, editor. Florianópolis: Insular; 2001.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa hospital amigo da criança. 2014. Disponível em: Acesso em: 31 mar. 2016. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha/DAPES/SAS. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. 2014..
19. Adunlin G, Diaby V, Xiao H. Application of multicriteria decision analysis in health care: a systematic review and bibliometric analysis. *Health Expect*. 2015; 18(6):1894-905.
20. Dolan JG. Multi-criteria clinical decision support: A primer on the use of multiple criteria

- decision making methods to promote evidence-based, patient-centered healthcare. *Patient*. 2010; 3(4): 229-248.
21. Oliveira RM, Leitão IMTdA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(1): 122-129.
 22. Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA, Paranaguá TTdB, Silva AEBdC. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(3): 1071-9.
 23. Silva RFA, Filho RDB, Santos M, Nascimento MAL. Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase-experimental. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2011; 10(1): 8.
 24. Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(4): 642-649.
 25. Oluborode O. Effective communication and teamwork in promoting patient safety. [Online].; 2013 [cited 2017 Agosto 6. Available from: [HYPERLINK "http://sqhn.org/effective-communication-and-teamwork-in-promoting-patient-safety/"](http://sqhn.org/effective-communication-and-teamwork-in-promoting-patient-safety/) <http://sqhn.org/effective-communication-and-teamwork-in-promoting-patient-safety/> .
 26. University of British Columbia. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). Interprofessional education & core competencies. Canada. 2010..
 27. Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. *J Interprof Care*. 2014; 28(5): 393-9.
 28. Baindridge L, Nasmith L, Orchard C, Wood V. Competencies for interprofessional collaboration. *J Phys Ther Educ*. 2010; 24(1): 6-11.
 29. Lorenzetti J, Oro J, Matos E, Gelbcke FL. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(4): 1104-12.
 30. D-SIGHT. Structured Approach to Project Prioritization & Investment Capacity Planning. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 15. Available from: [HYPERLINK "http://www.d-sight.com"](http://www.d-sight.com) <http://www.d-sight.com> .

3.2 ARTIGO 2 - GOVERNANÇA CLÍNICA E CUIDADO SEGURO DE ENFERMAGEM: UM MODELO DECISÓRIO

RESUMO

Objetivos: propor um modelo decisório de priorização de investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil baseado nas dimensões da governança clínica para o processo de cuidado da enfermagem. **Método:** pesquisa quantitativa, com amostragem por conveniência e abordagem baseada na metodologia MCDA (*Multiple Criteria Decision Analysis*) operacionalizada pelo algoritmo PROMETHEE (*Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations*), e na identificação de áreas críticas para investimentos definidas pela matriz [D1 x D2], onde D1 – são as dimensões da governança clínica e D2 – as atribuições de enfermagem. **Resultados:** a ‘Promoção da Qualidade’ foi considerada pelos pesquisadores a dimensão de maior preferência (16,7%) para investimentos que refletem na segurança do paciente, a ‘Responsabilidade’, a segunda maior dimensão (15,9%). **Conclusão:** não obstante as suas limitações, o modelo fornece contribuições inovadoras para proporcionar uma maior segurança do paciente materno-infantil.

Descritores: Governança clínica; Segurança do paciente; Relações Enfermeiro-Paciente; Tomada de decisões; Serviços de saúde materno-infantil.

INTRODUÇÃO

A segurança e a qualidade em serviços de saúde materno-infantis tem se tornado um tema relevante, em especial quando vários fatores podem influenciar o desempenho no processo de cuidado. Um robusto e visível quadro de governança clínica tem sido identificado como um fator dominante, especificamente, quando os participantes são capazes de descrever os mecanismos, processos e sistemas que a instituição utiliza para melhorar a segurança do paciente ⁽¹⁾.

O termo governança Clínica foi definido pela primeira vez em 1997, para assegurar a melhoria contínua, apoiada por um novo dever estatutário para

qualidade no *National Health Service* (NHS) do Reino Unido, traduzindo em uma estratégia de modernização do sistema de saúde. Este termo foi rapidamente absorvido por diversos países e é entendido como um sistema através do qual as organizações são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e manter elevados padrões de cuidados, criando um ambiente no qual haja responsabilidade e responsabilização transparentes para que a excelência no atendimento clínico prospere ^(2,3).

Em termos de governança clínica, há um longo caminho a percorrer. A presença de fraquezas em dimensões cruciais da cultura de segurança, juntamente com níveis variáveis de implementação de tecnologias à prova de falhas e sistemas de gerenciamento de qualidade têm fragilizado sua estrutura, na qual a segurança do paciente é a principal prioridade para todas as organizações de saúde, com a prevenção de danos evitáveis como um objetivo-chave ^(4,5)

Modelos de gerenciamento que promovam intervenções mais seguras tornam-se urgentes nas instituições de saúde, pois a existência de vários níveis de especialização e sua interdependência caracterizam essas instituições como ambientes de alto risco para eventos adversos e incidentes. Fatores da prática clínica que influenciam a ocorrência de eventos adversos podem ser usados para orientar a investigação de incidentes, visando à redução da morbimortalidade, do tempo necessário para tratamento dos pacientes e conseqüentemente para redução dos custos assistenciais ^(6,7,8,9).

Nesse sentido, os profissionais da enfermagem devem ser protagonistas no processo de substituição do atual paradigma para uma cultura focada na segurança, onde estratégias efetivas para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados possam ser propostas. Dinâmicas de equipe, respeito mútuo, confiança e coesão do pessoal, com a inclusão e a participação ativa em uma gestão da enfermagem compartilhada, devem ser trabalhadas para que possibilite a implantação da cultura de segurança alicerçada nas dimensões da governança clínica: educação permanente, auditoria clínica, efetividade clínica, gerenciamento de riscos, pesquisa e desenvolvimento e transparência ^(1,10,11,2,12).

OBJETIVO

Propor um modelo decisório de priorização de investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil, baseado nas dimensões da governança clínica para o processo de cuidado de enfermagem.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi desenvolvido de acordo com os preceitos determinados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/FIOCRUZ-PE e a participação dos sujeitos da pesquisa foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual apresentava os benefícios, os riscos e garantia o sigilo e anonimato dos participantes.

Desenho, localização do estudo e período de estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com amostragem por conveniência que envolveu duas abordagens: a primeira, baseada na metodologia MCDA – *Multiple Criteria Decision Analysis* operacionalizada pelo algoritmo PROMETHEE - *Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations*, mediante o uso de ferramenta de captura gráfica de preferências e com análise de sensibilidade para garantir a robustez do modelo¹⁴; e a segunda, baseada em áreas críticas para investimentos definidas pela relação entre as dimensões da matriz [D1 x D2], onde D1 – são as dimensões da governança clínica e D2 – as atribuições de enfermagem. O estudo foi realizado na Região Metropolitana do Recife-PE, entre os meses de maio de 2017 e abril de 2018.

População e critérios de inclusão e exclusão

Para melhor delimitar as abordagens e sujeitos da pesquisa, o estudo foi dividido em duas etapas – *lentes decisórias*. Na primeira etapa – a *lente da ciência*, aplicou-se um questionário baseado na metodologia MCDA com pesquisadores do Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil; e na segunda etapa – a *lente da técnica*, os enfermeiros do Grupo Condutor da Rede Cegonha responderam um questionário baseado na matriz [D1 x D2].

Na primeira etapa, foram incluídos como sujeitos da pesquisa todos os pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O critério de inclusão para seleção do Grupo de Pesquisa foi possuir mais de cinco anos de criação e ter em seu título as palavras chaves: governança e saúde.

Os Diretórios de Grupo de Pesquisa constam da Plataforma Lattes, uma plataforma virtual criada e mantida pelo CNPq, pela qual integra em um único sistema de informações as bases de dados de currículos, grupos de pesquisa e instituições das áreas de Ciência e Tecnologia, visando facilitar as ações de planejamento, gestão e operacionalização do fomento à pesquisa, tanto do CNPq quanto de outras agências de fomento à pesquisa federais e estaduais, e de instituições de ensino e pesquisa.

Os enfermeiros do Grupo Condutor da Rede Cegonha da I Gerência Regional de Saúde (I Geres) foram os sujeitos da segunda etapa da pesquisa. Foram selecionados por serem os profissionais que estão constantemente monitorando e avaliando o processo de implantação/implementação da rede¹⁴.

As Gerências Regionais de Saúde (Geres) são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco que atuam de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. Pernambuco possui 12 Geres para apoiar os 184 municípios e a ilha de Fernando de Noronha. A I Geres é a maior em número de atividades e possui um parque de assistência médica capaz de resolver casos de média e de alta complexidade em toda a Região Metropolitana

do Recife (RMR), num total de 19 municípios mais a ilha de Fernando de Noronha e, ainda, atende diariamente demanda de outras Geres.

Protocolo de estudo

1ª Etapa – Lente da Ciência – Aplicação do MCDA – *Multiple Criteria Decision Analysis*

Nesta etapa, definiu-se um modelo de avaliação para o *ranking* de preferências decisórias do PROMETHEE e consistiu em responder de forma objetiva a um questionário estruturado sobre as dimensões e sentidos da governança clínica, baseado no artigo ‘a polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura’⁽¹³⁾. O objetivo desta etapa foi construir a lente decisória a partir do olhar dos cientistas.

O *ranking* de preferências é a ordenação das dimensões (D1) – dimensões e subdimensões da governança clínica – de acordo com sua importância para segurança do paciente materno-infantil. Os índices que possibilitaram o *ranking* das preferências decisórias foram levantados por meio de um questionário digital – instrumento de coleta de dados, modelado com os 35 critérios de dimensões par a par, respondidos por cada pesquisador por intermédio da ferramenta de captura gráfica de preferências. Para estabelecer os 35 critérios de pareamento, considerou-se primeiro as sete dimensões da governança clínica (gestão, promoção da qualidade, monitoramento clínico, educação, responsabilidade, segurança no cuidado e dimensão sistêmica) e, em seguida, as 28 subdimensões (G1, G2, G3, ... , DS1, DS2, DS3), como listadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Dimensão D1 – Dimensões e Subdimensões da Governança Clínica

Dimensões (D1) Governança Clínica	Ordem	Código	Subdimensões
Gestão (G)	1	G1	Gestão de pessoas
	2	G2	Gestão de processos
	3	G3	Gestão com ação
Promoção da Qualidade (PQ)	4	PQ1	Desenvolvimento de protocolos
	5	PQ2	Eficácia do cuidado
	6	PQ3	Melhores práticas
	7	PQ4	Melhoria da assistência
	8	PQ5	Serviços eficazes

Dimensões (D1) Governança Clínica	Ordem	Código	Subdimensões
Monitoramento Clínico (MC)	9	MC1	Acompanhamento
	10	MC2	Auditoria
	11	MC3	Regulação da prática médica
	12	MC4	Avaliação dos procedimentos
	13	MC5	Revisão da clínica
Educação (ED)	14	ED1	Compartilhamento
	15	ED2	Correção de desempenho
	16	ED3	Desenvolvimento
	17	ED4	Dispositivos educacionais
	18	ED5	Fertilização de ideias
	19	ED6	Mudanças
Responsabilidade (R)	20	R1	Responsabilidade social
	21	R2	Responsabilidade clínica
	22	R3	Responsabilidade pelas pessoas
	23	R4	Responsabilidade pela melhoria
Segurança no Cuidado (SC)	24	SC1	Gerenciamento de risco
	25	SC2	Ambiente seguro
Dimensão Sistêmica (DS)	26	DS1	Suporte
	27	DS2	Sustentabilidade
	28	DS3	Rede de apoio à distância

Fonte: Adaptada do Artigo a 'Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura'⁽¹³⁾.

Para dar peso a cada dimensão e subdimensão no gráfico pareado, utilizou-se o *Software D-Sight*, o qual gerou 21 combinações pareadas entre as sete dimensões da governança clínica e 48 combinações pareadas entre as 28 subdimensões, sendo (3) pareamentos das subdimensões da dimensão gestão, (10) promoção da qualidade, (10) monitoramento clínico, (15) da educação, (6) da responsabilidade, (1) segurança no cuidado e (3) dimensão sistêmica. De forma geral, o pesquisador do GSS/CNPq respondeu a 69 perguntas, por meio de gráfico pareado contendo 21 combinações das dimensões e 48 combinações das subdimensões da governança clínica.

O *D-Sight* é um *software* flexível que pode ser adaptado para atender às necessidades de organizações de diferentes tipos, utilizando uma abordagem estruturada para projetos de avaliação ou decisão. Ele operacionaliza em interface *web* o algoritmo PROMETHEE – *Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations*, que é um método prescritivo que permite classificar as ações de acordo com as preferências dos tomadores de decisão.¹⁴

O valor de preferência $P_j(a_i, a_l)$ é função da diferença $f_j(a_i) - f_j(a_l)$ e corresponde ao grau de preferência que o pesquisador expressou para a_i comparado ao critério a_l . As avaliações de duas dimensões a_i e a_l é um número entre 0 e 1, onde $P_j=0$ não

corresponde a nenhuma preferência, enquanto $P_j=1$ corresponde a uma preferência total.

Para garantir a robustez do modelo¹⁴, após o término dos 69 pareamentos gráficos foi analisada a sensibilidade, sendo sinalizada possível incoerência de resposta. Ocorrendo esta sinalização de alerta, foi facultada ao pesquisador a opção de correção ou de permanência na resposta. A análise de sensibilidade mediante o *Software D-Sight* nos garante que, na avaliação das dimensões pelos pesquisadores, os valores de entrada do modelo estão em consonância com o resultado final dentro do intervalo de estabilidade, não havendo incoerência de preferências do tipo $A < C$ na aplicação da lógica $A > B > C$ (preferência estrita).

2ª Etapa – Lente da Técnica – Aplicação da Matriz [D1 x D2] – Governança Clínica e Atribuições da Enfermagem

Nesta etapa, definiu-se um modelo de avaliação baseado na matriz [D1 x D2], onde D1 – são as dimensões da governança clínica, constantes da primeira etapa da pesquisa, e D2 – referente às atribuições dos profissionais de enfermagem constantes no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia/A&CR e listadas na Tabela 2. O objetivo desta etapa foi construir a lente decisória a partir do olhar dos técnicos.

Tabela 2 – Dimensão 2 - Atribuições dos profissionais de enfermagem

Categorias Profissionais	Ordem	Código	Atribuições da Enfermagem (Dimensão - D2)
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (TA)	1	TA1	Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.
	2	TA2	Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.
	3	TA3	Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.
	4	TA4	Aferir sinais vitais da mulher.
	5	TA5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.
	6	TA6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.
	7	TA7	Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.
	8	TA8	Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.
	9	TA9	Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.
Enfermeiros (E)	10	E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa

Categorias Profissionais	Ordem	Código	Atribuições da Enfermagem (Dimensão - D2)
			apresentada.
	11	E2	Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.
	12	E3	Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.
	13	E4	Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso.
	14	E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.
	15	E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.
	16	E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.
	17	E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.
	18	E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.
	19	E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.
	20	E11	Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.
	21	E12	Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.
Enfermeiros Obstetras (EO)	22	EO1	Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.
	23	EO2	Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.
	24	EO3	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.
	25	EO4	Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.

Fonte: Adaptada do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia – Rede Cegonha, 2014⁽¹⁴⁾.

O Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia/A&CR, instrumento base dessa etapa da pesquisa, é uma iniciativa do Ministério da Saúde, a partir da Rede Cegonha que, desde 2011, tem como objetivo proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças. Este Manual de apoio às maternidades e serviços de obstetrícia no Brasil é um instrumento destinado a favorecer a organização do acolhimento das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal. O instrumento foi elaborado a partir das experiências de maternidades que vêm implementando o A&CR e inclui o Protocolo de Classificação de Risco que é uma ferramenta de apoio à decisão clínica⁽¹⁴⁾.

O questionário utilizado para coletar as opiniões foi do tipo matriz, onde constava nas colunas as sete dimensões da governança clínica – gestão, promoção da qualidade, monitoramento clínico, educação, responsabilidade, segurança no cuidado e dimensão sistêmica (Tabela 1) – e nas linhas às 25 atribuições dos profissionais de enfermagem constantes no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia/A&CR (Tabela 2). Para o preenchimento do questionário, os enfermeiros foram orientados a dar pesos (de 0 a 100%) nas quadrículas das dimensões – D1 (Coluna) que melhor relacionasse às atribuições dos profissionais de enfermagem – D2 (Linhas).

3ª Etapa – Sobreposição de Lentes – Análise de Resultados

Nesta etapa, foram sobrepostas as lentes da ciência e da técnica, construídas a partir do método descrito na 1ª e 2ª etapas deste estudo. O objetivo desta etapa foi construir o modelo decisório de sobreposição de duas lentes que cruzem olhares – cientistas e técnicos – que foquem na segurança materno-infantil.

O resultado da sobreposição de lentes foi obtido por meio da soma dos resultados das duas lentes decisórias: ([preferência decisória dos pesquisadores] + [preferência decisória dos técnicos do grupo condutor da Rede Cegonha]). Os valores desta análise foram convencionados como '*índice de vergência*', utilizando uma analogia com a Óptica – área de conhecimento da Física.

RESULTADOS

Na primeira etapa da pesquisa – *lente da ciência*, cinco dos sete pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) consideraram-se aptos para responder as questões da temática apresentada (n = 5) e dois recusaram por não serem especialistas no assunto. Na segunda etapa, três membros do grupo condutor da Rede Cegonha da I Geres responderam a pesquisa.

A tabela 3 apresenta as médias e os desvios padrão das preferências decisórias para cada dimensão e subdimensão da governança clínica coletados na primeira etapa da pesquisa. Nesta tabela, observa-se que a 'Promoção da

Qualidade' foi considerada pelos pesquisadores a dimensão de maior preferência (16,7%) para investimentos que refletem na segurança do paciente, acompanhada pela 'Responsabilidade', dimensão com 15,9% das preferências dos pesquisadores e a de menor desvio padrão (2.2%), demonstrando uma maior uniformidade de resultados para essa dimensão entre os pesquisadores.

Tabela 3 – Resultado médio e desvio padrão das Preferências decisórias dos pesquisadores (D1), por Dimensão e Subdimensão da governança clínica – Lente da Ciência

Dimensões da Governança Clínica	Média % (n = 5)	Desvio Padrão
1 - Gestão	11,3	2,9
Gestão de pessoas	38,5	9,3
Gestão de processos	31,7	3,5
Gestão com ação	29,8	5,9
2 - Promoção da Qualidade	16,7	6,9
Desenvolvimento de protocolos	19,6	9,3
Eficácia do cuidado	19,5	6,7
Melhores práticas	21,6	5,3
Melhoria da assistência	21,4	3,8
Serviços eficazes	18,0	3,4
3 - Monitoramento Clínico	13,6	2,7
Acompanhamento	18,9	1,4
Auditoria	19,3	4,2
Regulação da prática médica	19,1	4,6
Avaliação dos procedimentos	23,8	6,2
Revisão da clínica	18,9	3,2
4 - Educação	14,9	6,5
Compartilhamento	15,9	2,2
Correção de desempenho	14,9	3,6
Desenvolvimento	19,5	2,2
Dispositivos educacionais	14,3	4,3
Fertilização de ideias	15,3	3,4
Mudanças	20,0	7,5
5 - Responsabilidade	15,9	2,2
Responsabilidade social	22,3	7,9
Responsabilidade clínica	23,2	3,1
Responsabilidade pelas pessoas	27,7	3,8
Responsabilidade pela melhoria	26,8	5,0
6 - Segurança no Cuidado	15,1	3,0
Gerenciamento de risco	50,0	3,2
Ambiente seguro	50,0	3,2
7 - Dimensão sistêmica	12,5	4,3
Suporte	35,8	2,8
Sustentabilidade	31,9	4,2
Rede de apoio à distância	32,2	5,6

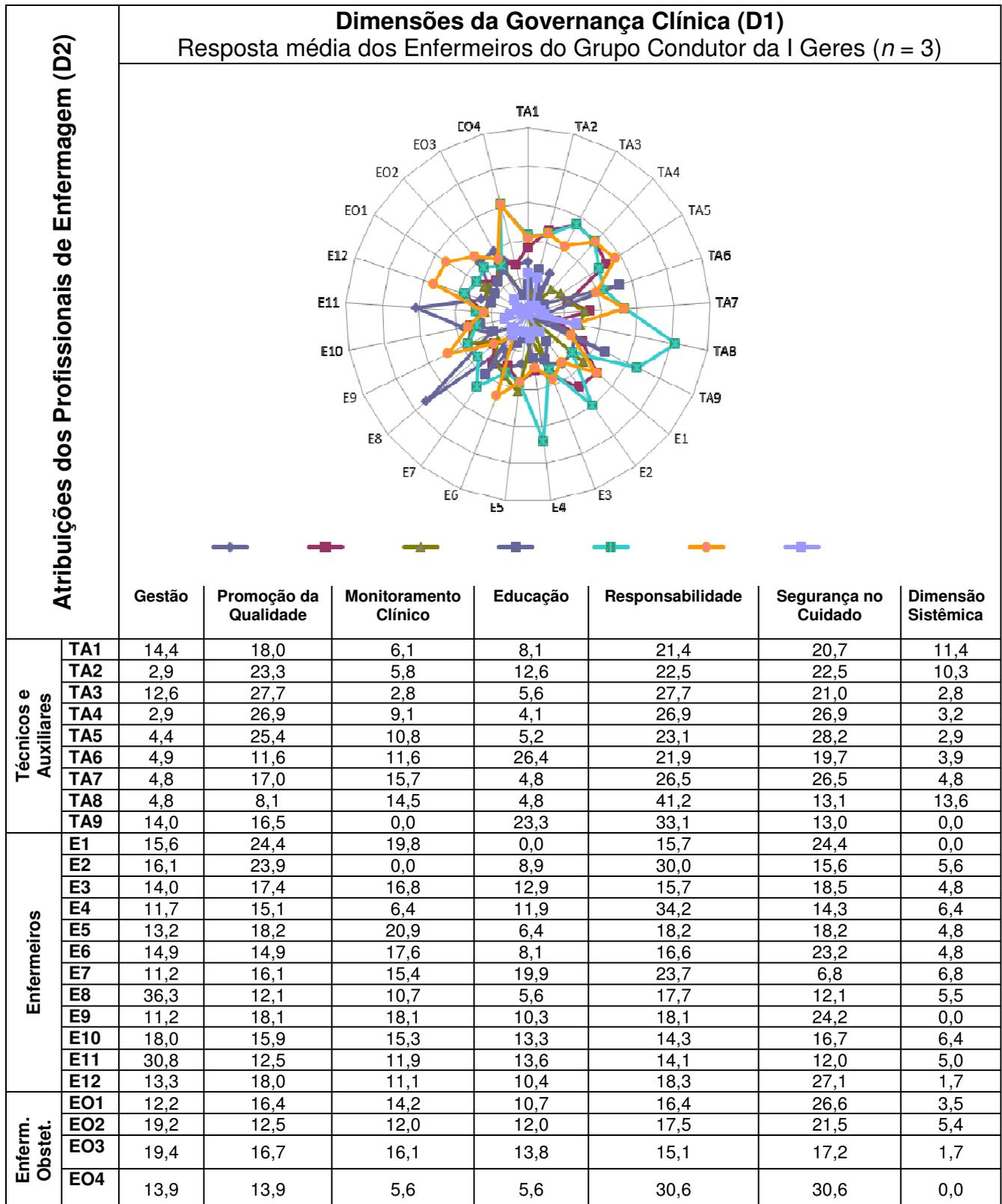
Entre as subdimensões, a maioria se mantivera em uma distribuição equitativa nos respectivos grupos de dimensão a que pertenciam (*intra dimensão*), exceto a subdimensão 'gestão de pessoa' (38,5%), que foi dada uma importância decisória maior em relação as outras duas subdimensões do grupo ('gestão de processos' – 31,7% e 'gestão para ação' – 29,8).

Ao analisarmos as subdimensões de entre as diferentes dimensões (*entre dimensões*), vale destacar as dimensões – ‘promoção da qualidade’, ‘responsabilidade’ e ‘gestão’. A ‘responsabilidade pelas pessoas’ (27,7%) e ‘responsabilidade pela melhoria’ (26,8%) são as subdimensões de maior preferência para segurança do paciente da dimensão ‘responsabilidade’. Observa-se uma coerência dos seus resultados em comparação com os resultados da subdimensão ‘gestão de pessoas’ (38,5%), de maior preferência da dimensão ‘gestão’, das subdimensões ‘melhores práticas’ (21,6%) e ‘melhoria da assistência’ (21,4%), subdimensões de maior preferência da dimensão ‘promoção da qualidade’.

A análise de sensibilidade foi aplicada em todas as dimensões e subdimensões da governança clínica para verificar a robustez do modelo. Essa análise foi verificada ao final das respostas de cada pesquisador por meio do *Software D-Sight*. Houve apenas uma incoerência durante a captura gráfica de preferências e, após a releitura do pesquisador, o mesmo manteve a sua resposta para a dimensão identificada automaticamente pelo sistema. Os demais pontos gerados pelo *Software* ficaram dentro dos limites aceitáveis não tendo a necessidade da intervenção específica por parte do pesquisador.

No Gráfico 1, estão apresentados os resultados médios da segunda etapa da pesquisa – *lente da técnica*. Observa-se nessa etapa que a atribuição TA8 – ‘Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso’ (41,2%), foi a atribuição de maior preferência decisória para os enfermeiros do grupo condutor, entre todas as dimensões, estando vinculada diretamente à dimensão ‘responsabilidade’ da governança clínica para segurança do paciente materno-infantil.

Gráfico 1 – Resultado médio da Relação entre Dimensões da Governança Clínica (D1) e Atribuições dos Profissionais de Enfermagem (D2) – Lente da Técnica



Fonte: Os autores.

A 'responsabilidade' foi a dimensão (D1) da matriz [D1 x D2] que mais teve relacionamentos acima de 30% com as atribuições dos profissionais de enfermagem (D2). Foi ao total cinco atribuições, a TA8, já citada como a de maior preferência decisória (41,2%), a TA9 – 'Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma' (33,1%), a E2 – 'Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante' (30%), a E4 – 'Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso' (34,2%) e a atribuição EO4 – 'Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma' que, relacionada também a dimensão segurança no cuidado, teve preferência 30,6%.

Na dimensão 'gestão' também foram identificadas atribuições acima de 30%: a E8 – 'Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios' (36,3%) e a E11 – 'Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário' (30,8%).

No Quadro 1, foi construída uma matriz que relaciona simultaneamente as duas etapas da pesquisa – sobreposição das lentes da ciência e da técnica. Neste quadro, os valores das dimensões da governança clínica e as atribuições dos profissionais de enfermagem estão expressos em *índice de vergência* e sinalizados por meio de cores que identificam as áreas quentes e frias em relação a investimentos para segurança do paciente materno-infantil. As áreas com cores próximas de vermelho foram convencionadas como áreas críticas (quentes), que merecem atenção diferenciada para o cuidado seguro; e as áreas com cores próximas de verde (frias) foram convencionadas como áreas de menor impacto para o cuidado seguro, as que possuíam menores valores identificados nas relações de D1 x D2, da matriz de sobreposição de lentes.

Quadro 1 – Matriz de identificação de áreas quentes para investimento em segurança do paciente materno-infantil – Sobreposição de lentes decisórias (*Lente da Ciência e Lente da Técnica*)

ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS ENFERMAGEM (D2)		DIMENSÕES DA GOVERNANÇA CLÍNICA (D1) – Índices de Vergência						
		Gestão	Promoção da Qualidade	Monitoramento Clínico	Educação	Responsabilidade	Segurança no Cuidado	Dimensão Sistêmica
Técnicos e Auxiliares	TA1	25,7	34,7	19,6	23,0	37,3	35,8	23,8
	TA2	14,2	40,0	19,4	27,6	38,5	37,6	22,8
	TA3	23,9	44,4	16,3	20,5	43,6	36,1	15,2
	TA4	14,2	43,6	22,7	19,0	42,8	42,0	15,7
	TA5	15,7	42,1	24,3	20,2	39,0	43,3	15,3
	TA6	16,2	28,3	25,1	41,3	37,9	34,8	16,4
	TA7	16,1	33,7	29,2	19,7	42,5	41,6	17,2
	TA8	16,1	24,8	28,0	19,7	57,2	28,2	26,1
	TA9	25,3	33,2	13,6	38,3	49,1	28,1	12,5
Enfermeiros	E1	26,9	41,1	33,4	14,9	31,7	39,5	12,5
	E2	27,4	40,6	13,6	23,8	45,9	30,7	18,0
	E3	25,3	34,1	30,3	27,8	31,7	33,6	17,2
	E4	23,0	31,8	20,0	26,8	50,1	29,4	18,9
	E5	24,5	34,9	34,4	21,4	34,2	33,3	17,2
	E6	26,2	31,6	31,1	23,0	32,5	38,3	17,2
	E7	22,5	32,8	28,9	34,9	39,7	22,0	19,3
	E8	47,6	28,8	24,3	20,5	33,7	27,2	18,0
	E9	22,5	34,8	31,7	25,2	34,1	39,3	12,5
	E10	29,3	32,6	28,9	28,3	30,2	31,8	18,9
	E11	42,1	29,2	25,5	28,6	30,1	27,1	17,5
	E12	24,6	34,7	24,6	25,4	34,3	42,2	14,1
E: Obstetras	EO1	23,5	33,1	27,7	25,7	32,3	41,7	16,0
	EO2	30,5	29,2	25,5	26,9	33,5	36,6	17,8
	EO3	30,7	33,4	29,7	28,8	31,0	32,3	14,1
	EO4	25,2	30,6	19,1	20,5	46,5	45,7	12,5

Fonte: Os autores.

Observa-se no Quadro 1 que a dimensão ‘responsabilidade’ possui áreas críticas, que devem ter prioridade de investimento para a segurança do paciente materno-infantil na maioria das atribuições dos profissionais de enfermagem. Destaca-se novamente a atribuição do Técnico/Auxiliar de enfermagem, TA8 – ‘Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso’ com índice de vergência de 57,2; a do Enfermeiro, E4 – ‘Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso’ (50,1); e a atribuição do Enfermeiro Obstetra, EO4 – ‘Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma’ que, relacionada também a dimensão ‘responsabilidade’, teve índice de vergência de 46,5.

Nas relações entre as atribuições da dimensão ‘segurança no cuidado’ também foram identificadas áreas quentes, principalmente entre as atribuições do Técnico/Auxiliar de enfermagem, as do Enfermeiro e, mais específico, a atribuição

EO4, do Enfermeiro Obstetra, que apresentou 45,4 de preferência decisória. Na dimensão 'gestão', a exemplo do que foi identificado no gráfico 1, também manteve áreas quentes nas atribuições E8 – 'Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios' (47,6) e na E11 – 'Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário' (42,1).

Vale ainda o destaque para as áreas quentes com índice de vergência acima de 40,0 nas atribuições TA2 a TA5 e E1 e E2 na dimensão 'promoção da qualidade' e TA6 – 'Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso', na dimensão 'educação'. Cabe, também, um olhar crítico para as atribuições da 'dimensão sistêmica', pois a maioria das atribuições, na sobreposição de lentes, apresentaram áreas (frias) com índice de vergência abaixo de 10,0 de criticidade para investimentos em segurança do paciente materno-infantis.

DISCUSSÃO

Os métodos multicritério auxiliam as pessoas a fazer melhores escolhas quando confrontadas com decisões complexas envolvendo várias dimensões, principalmente nas decisões centradas no paciente, que são, por natureza, multidimensionais e envolvem múltiplos tomadores de decisão. As decisões deste tipo incorporam preferências, valores e circunstâncias pessoais únicas no processo de tomada de decisão e envolvem ativamente tanto os pacientes quanto os prestadores de cuidados de saúde.

Seguindo essa linha de conhecimento, considerando casos em que houve comprometimento da segurança do paciente em âmbito hospitalar, estudos apontam que os indivíduos tratam as informações recebidas de maneira diferente a depender de como elas se encaixem nos seus sistemas de crenças, valores e hábitos existentes. Recomenda-se, portanto, que a comunicação e o registro sejam fortes vertentes no processo de tomada de decisão, a fim de minimizar as questões individuais e maximizar as decisões colegiadas da governança clínica.^(15,16)

As decisões tomadas por meio do método multicritério envolvem ativamente tanto os pacientes quanto os prestadores de cuidados de saúde. Esse modelo

decisório auxilia as pessoas a fazer melhores escolhas quando confrontadas com questões complexas envolvendo várias dimensões, principalmente aquelas centradas no paciente, que são, por natureza, multidimensionais e envolvem múltiplos tomadores de decisão.⁽¹⁷⁾

Outros estudos constataram que devido à complexidade desses problemas multidimensionais, tomadores de decisão tendem a adotar abordagens intuitivas ou heurísticas para fins de simplificação. Como consequência, informações importantes podem ser menosprezadas ou completamente excluídas deste contexto, fragilizando a tomada de decisão e a segurança das ações no âmbito das tecnologias e serviços de saúde. Decisões pautadas em métodos multidimensionais tem se mostrado mais eficazes, principalmente na escolha de condutas adotadas na lógica do cuidado compartilhado com o paciente, onde as terapêuticas escolhidas são determinadas considerando o maior número possível de variáveis que forneçam segurança.^(18,19)

Com relação às dimensões da governança clínica, a ‘promoção da qualidade’ foi considerada pelos pesquisadores a dimensão de maior preferência para investimentos que refletem na segurança do paciente, seguida pela dimensão ‘responsabilidade’, a qual apresentou, além da segunda maior preferência entre os pesquisadores, também a maior homogeneidade entre os diversos resultados. Um estudo analisou o desempenho de dois serviços médicos e comprovou que o serviço integrado oferece uma maior contribuição para a qualidade assistencial, reduz custos e garante um maior nível de segurança para o paciente. Pesquisas realizadas com equipes profissionais em instituições hospitalares revelam que a promoção da qualidade é o melhor caminho para proporcionar uma assistência segura ao paciente no cuidado em saúde.^(20,21)

Em outros estudos sobre governança clínica hospitalar foi possível constatar a importância da responsabilidade pessoal e a busca pela melhoria através da inovação entre os profissionais de saúde. Recomenda-se ainda, o estímulo a programas institucionais de fomento à responsabilização profissional com vistas à obtenção e manutenção do cuidado seguro ao paciente.^(22,23)

Em relação à subdimensão ‘gestão de pessoa’ que se destaca como importante área de priorização de investimento, a necessidade de se concentrar em aspectos não técnicos da prática clínica, incluindo comunicação e trabalho em equipe, assegurando que o pessoal de amanhã seja competente para funcionar de

forma eficaz em qualquer estabelecimento de saúde por meio dos princípios fundamentais de sistemas, trabalho em equipe, liderança, prestação de contas e propriedade em saúde são com exemplos da prática cotidiana. ^(5,24)

Outros estudos verificaram que o trabalho em equipe figura com protagonismo na implementação de uma boa governança clínica. Percebe-se, portanto, no concernente ao trabalho em equipe, que elementos que se referem ao compartilhamento de valores e ao *feedback* baseado na prática como um meio para melhorar a qualidade são especialmente importantes para a governança clínica. No contexto relacional, é nítido o impacto de um bom relacionamento interprofissional na segurança do paciente, primordialmente no que tange ao trabalho em equipe e a comunicação. ^(26,27)

Estudos que buscaram identificar os principais desafios impeditivos para a prestação de cuidados eficazes, de alta qualidade e segurança assistencial, apontam a comunicação como relevante ferramenta no enfrentamento aos desafios do fortalecimento da segurança do paciente, de modo que nos ambientes hospitalares onde a cultura de segurança é fortalecida a comunicação se apresenta como constante aliada na promoção à segurança do paciente. ^(28,29)

Os esforços necessários para promover a qualidade iniciam-se com a conscientização dos enfermeiros em relação à segurança do paciente, que deve ser aumentado e atualizado através de mais frequentes treinamentos em serviço. ⁽²⁹⁾

Estudos corroboram esta necessidade do estímulo à formação continuada com foco na segurança do paciente. O treinamento contínuo em segurança do paciente mantém cada profissional bem orientado e envolve os demais colaboradores com as boas práticas que desenvolvem no serviço. Ressalta-se a importância de propor ações educacionais multidisciplinares com foco em qualidade e segurança do paciente, colaborando assim para a construção de habilidades essenciais em melhoria da prática segura de assistência. ^(31,32)

De forma geral, percebe-se que uma equipe de trabalho proativa, aberta ao aprendizado e que aprende com os próprios erros tem sido considerada uma importante área para segurança do paciente, onde a 'responsabilidade para melhoria' pode impulsionar investimentos em práticas e sistemas que se concentram

em melhorar a cultura da segurança do paciente, garantindo o cuidado seguro, tema presente na maioria das publicações.^(1,32)

Limitações do estudo

Os autores ponderam que o estudo pode apresentar limitações relacionadas às dificuldades de compreensão da utilização da metodologia MCDA, pois há certa complexidade para explicação em poucas linhas. Outro aspecto refere-se à representatividade das participações dos enfermeiros do grupo condutor.

Contribuições para as áreas de enfermagem e saúde

Modelo baseado nas dimensões da governança clínica que apresenta proposta de priorizações de ações e investimentos que direcionam a prática de enfermagem para uma maior segurança do paciente materno-infantil.

CONCLUSÕES

O resultado da interação entre os diversos critérios, o *ranking* de preferências decisórias do MCDA por meio do PROMETHEE e sua ponderação com as dimensões, possibilitaram um modelo de decisão claro e coerente, que sinalizou as atribuições de enfermagem de maior importância relativa para segurança do paciente.

Não obstante as suas limitações, o modelo proposto baseado nas dimensões da governança clínica, atende aos objetivos do estudo e fornece contribuições inovadoras no tocante a priorização de ações e investimentos com para proporcionar uma maior segurança do paciente materno-infantil.

O modelo de decisão sugerido pode ser usado para melhorar a transparência, consistência, responsabilidade, credibilidade e aceitabilidade da tomada de decisão sobre a implementação de cuidados integrados para garantir a segurança do paciente materno-infantil.

Considerando as análises e constatações desta pesquisa, o modelo decisório recomendado por este estudo se apresenta como uma ferramenta capaz de oferecer

abordagem estruturada e transparente para a tomada de decisão, considerando valores e sintetizando evidências complexas dos critérios de decisão para facilitar sua consideração em cenários da vida real e ajudar a compartilhar perspectivas por meio de decisões seguras no cuidado com o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Sinni SV, Wallace EM, Cross WM. Perinatal staff perceptions of safety and quality in their service. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 15]; 14(591): p. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258038/pdf/12913_2014_Article_591.pdf.
2. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* [Internet]. 1998 [cited 2017 Jun 15]; 317(61): p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113460/pdf/61.pdf>.
3. Starey N. What is clinical governance? Hayward Medical Communications, Hayward Group plc [Internet]. 1999 December [cited 2017 Jun 15];: p. Available from: <http://www.iqg.com.br/uploads/biblioteca/GOVERNANcA%20CLiNICA%203.pdf>.
4. Giménez-Marín Á, Rivas-Ruiz F. Clinical governance and patient safety culture in clinical laboratories in the Spanish National Health System. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 10] Nov - Dec; 32(6): p. 303-315. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.07.003>.
5. Haxby E, Hunter D, Jaggar S. *An Introduction to Clinical Governance and Patient Safety* [Internet] Oxford: Oxford Scholarship Online; 2011 [cited 2018 May 10]. Available from: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199558612.001.0001/acprof-9780199558612>.
6. Sommella L, Waure C, Ferriero AM, Biasco A, Mainelli MT, Pinnarelli L, et al. The incidence of adverse events in an Italian acute care hospital: findings of a two-stage method in a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2014 [cited 2018 May 10]; 14(1): p. 358. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4155122/pdf/12913_2014_Article_3457.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada 36 [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 8]. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e..
8. Paiva M, Paiva S, Berti H. Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management. *Rev. esc. enferm. USP* [online] [Internet]. 2010 [cited 2017 Jun 15]; 44(2): p. 287-294. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_07.pdf.
9. Vicent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ* [Internet]. 1998 [cited 2017 Feb 23]; 316(7138): p. 1154-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112945/pdf/1154.pdf>.
10. Macedo T, Rocha P, Tomazoni A, Souza S, Anders J, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 23] Sep-Oct; 50(5): p. 756-762. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/0080-6234-reeusp-50-05-0757.pdf>.
11. Oliveira RM, Leitão IMTdA, Silva LMSd, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2018 May 10]; 18(1): p. 122-129. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0122.pdf.
12. Saleh A, Darawad M, Al-Hussami M. The perception of hospital safety culture and selected outcomes among nurses: An exploratory study. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 15] Sep; 17(3): p. 339-46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/nhs.12196>.
13. Gomes R, Lima VV, Oliveira JMd, Schiesari LMC, Soeiro E, Damázio LF, et al. The Polisemy of Clinical Governance: a review of literature. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 15]; 20(8): p. 2431-2439. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/en_1413-8123-csc-20-08-2431.pdf.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha/DAPES/SAS. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 12]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetricia-versao-26-de-maio--4-.pdf>.
15. Cleary S, Duke M. Clinical governance breakdown: Australian cases of wilful blindness and whistleblowing. *Nurs Ethics* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2018 Jul 25];: p. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733017731917>.
16. Groot Sd, Linden Nvd, Franken MG, Blommestein HM, Leeneman B, Rooijen Ev, et al. Balancing the Optimal and the Feasible: A Practical Guide for Setting Up Patient Registries for the Collection of Real-World Data for Health Care Decision Making Based on Dutch Experiences. *Value Health* [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 Jul 25]; 20(4): p. 627-636. Available from: [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(16\)00028-0/pdf](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(16)00028-0/pdf).
17. Dolan JG. Multi-criteria clinical decision support: A primer on the use of multiple criteria decision making methods to promote evidence-based, patient-centered healthcare. *Patient* [Internet]. 2010 [cited 2018 May 10]; 3(4): p. 229-248. Available from: <https://doi.org/10.2165/11539470-000000000-00000>.
18. Angelis A, Kanavos P. Multiple Criteria Decision Analysis (MCDA) for evaluating new medicines in Health Technology Assessment and beyond: The Advance Value Framework. *Soc Sci Med* [Internet]. 2017 Sep [cited 2018 Jul 25];(188): p. 137-156. Available from: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/file/pii/S0277953617303933/1-s2.0-S0277953617303933-main.pdf>.
19. Marsh K, Zaiser E, Orfanos P, Salverda S, Wilcox T, Sun S, et al. Evaluation of COPD Treatments: A Multicriteria Decision Analysis of Aclidinium and Tiotropium in the United States. *Value Health* [Internet]. 2017 Jan [cited 2018 Jul 25]; 20(1): p. 132-140. Available from: [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(16\)31304-3/pdf](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(16)31304-3/pdf).
20. Moser A, Mettler A, Fuchs V, Hanhart W, Robert CF, Della Santa V, et al. Merger of two dispatch centres: does it improve quality and patient safety? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2017 Apr 13 [cited 2018 Jul 25]; 25(1): p. 40. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5390381/pdf/13049_2017_Article_383.pdf.
21. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2017 Jul [cited 2018 Jul 25]; 26(7): p. 559-568. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhcc/26/7/559.full.pdf>.
22. Veenstra GL, Ahaus K, Welker GA, Heineman E, van der Laan MJ, Muntinghe FLH. Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study. *BMJ Open* [Internet]. 2017 Jan 12 [cited 2018 Jul 25]; 7(1): p. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/1/e012591.full.pdf>.
23. Gallagher TH, Farrell ML, Karson H, Armstrong SJ, Maldon JT, Mello MM, et al. Collaboration with Regulators to Support Quality and Accountability Following Medical Errors: The Communication and Resolution Program Certification Pilot. *Health Serv Res* [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 Jul 25]; 51(Suppl 3): p. 2569-2582. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5134339/pdf/HESR-51-2569.pdf>.
24. Akbari N, Malek M, Ebrahimi P, Haghani H, Aazami S. Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam province, Iran: a census survey using HSOPSC tool. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 10] Aug 10; 27: p. 268. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5660331/pdf/PAMJ-27-268.pdf>.
25. Vali L, Mastaneh Z, Mouseli A, Kardanmoghadam V, Kamali S. Success rate evaluation of clinical governance implementation in teaching hospitals in Kerman (Iran) based on nine steps of Karsh's model. *Electron Physician* [Internet]. 2017 Jul 25 [cited 2018 Jul 25]; 9(7): p. 4841-4846. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5587002/pdf/epj-09-4841.pdf>.
26. Aveling EL, Kayonga Y, Nega A, Dixon-Woods M. Why is patient safety so hard in low-income countries? A qualitative study of healthcare workers' views in two African hospitals. *Global Health*

- [Internet]. 2015 Feb 25 [cited 2018 Jul 25]; 11(6): p. Available from: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12992-015-0096-x>.
27. Hignett S, Lang A, Pickup L, Ives C, Fray M, McKeown C, et al. More holes than cheese. What prevents the delivery of effective, high quality and safe health care in England? *Ergonomics* [Internet]. 2018 Jan [cited 2018 Jul 25]; 61(1): p. 5-14. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00140139.2016.1245446?needAccess=true>.
 28. Alonazi NA, Alonazi AA, Saeed E, Mohamed S. The perception of safety culture among nurses in a tertiary hospital in Central Saudi Arabia. *Sudan J Paediatr* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 25]; 16(2): p. 51-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237835/pdf/sjp-16-51.pdf>.
 29. Yilmaz Z, Goris S. Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. *Pak J Med Sci* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 15]; 31(3): p. 597-601. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4485278/pdf/PJMS-31-597.pdf>.
 30. Giménez-Júlvez T, Hernández-García I, Aibar-Remón C, Gutiérrez-Cía I, Febrel-Bordejé M. Patient safety culture in directors and managers of a health service. *Gac Sanit* [Internet]. 2017 Sep - Oct [cited 2018 Jul 25]; 31(5): p. 423-426. Available from: <http://www.gacetasanitaria.org/es/pdf/S0213911117300687/S300/>.
 31. Gandhi TK, Kaplan GS, Leape L, Berwick DM, Edgman-Levitan S, Edmondson A, et al. Transforming concepts in patient safety: a progress report. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2018 Jul 17 [cited 2018 Jul 25];: p. 1-8. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2018/07/17/bmjqs-2017-007756.full.pdf>.
 32. Ammouri A, Tailakh A, Muliira J, Geethakrishnan R, Al Kindi S. Patient safety culture among nurses. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 23] Mar; 62(1): p. 102-10. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/inr.12159>.

3.3 ARTIGO 3 - GOVERNANÇA CLÍNICA E CUIDADO SEGURO DE ENFERMAGEM: VALIDAÇÃO DE MODELO DECISÓRIO

RESUMO

Objetivos: aplicar e validar um modelo decisório de priorização de investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil baseado na sobreposição de 'lentes' geradas a partir das preferências decisórias referentes às atribuições da enfermagem e as dimensões da governança clínica. **Método:** pesquisa quantitativa, com amostragem por conveniência que envolveu duas abordagens: a primeira, baseada em diagnóstico organizacional realizado em duas maternidades públicas do Estado da Paraíba, entre os meses de janeiro e abril de 2018; e a segunda, baseada na sobreposição de lentes – *Lente da Gestão, Lente da Ciência e Lente da Técnica*, mediante a utilização do *Teorema da Vergência* da Física. **Resultados:** com uma taxa de resposta de 78,4%, de 51 questionários enviados para duas maternidades avaliadas, o modelo foi considerado válido quanto à validade de construto, de face e conteúdo, de critério e preditiva. **Conclusão:** não obstante as suas limitações, o modelo decisório de sobreposição de lentes propôs um olhar multidisciplinar sobre três dimensões: gestão, ciência e técnica, que apoia a tomada de decisão mais precisa e confiável para segurança do paciente.

Descritores: Governança clínica; Segurança do paciente; Relações Enfermeiro-Paciente; Tomada de decisões; Serviços de saúde materno-infantil.

INTRODUÇÃO

A validação de modelos vem se consolidando como um fator importante nas pesquisas, no sentido de evidenciar a capacidade que o estudo teve de captar ou revelar um dado fenômeno, contribuindo para verificação da representatividade, precisão e confiabilidade de determinado modelo. ^(1,2,3)

Estudos que explorem modelos decisórios válidos que definam as atividades que tem maior impacto na segurança do paciente deveriam ser prioridades nas organizações de saúde, principalmente naquelas voltadas para a assistência materno-infantil, pois lidam com uma atividade fisiológica, programável e de acompanhamento contínuo.

Alguma coisa é válida quando ela demonstra o que nós afirmamos que ela demonstra ⁽⁴⁾, pois a validação de métodos assegura a credibilidade destes durante o uso rotineiro, sendo algumas vezes mencionado como o processo que fornece uma evidência documentada de que o método realiza aquilo para o qual é indicado para fazer. ⁽⁵⁾

A validação define uma exigência analítica e confirma que o método sob investigação tem capacidade de desempenho consistente com o que a aplicação requer, ⁽⁶⁾ sendo de extrema importância que os interessados em constituir uma metodologia de identificação e estruturação de competências se preocupem com a clareza das informações e com a necessidade de tempo e recursos para a produção de resultados de alta qualidade. ⁽⁴⁾

De forma geral, a validação deve garantir que o método atenda às exigências das aplicações analíticas, assegurando a confiabilidade dos resultados, a fim de demonstrar que está sob as condições nas quais deve ser aplicado. ^(7,8)

OBJETIVO

Aplicar e validar um modelo decisório de priorização de investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil baseado na sobreposição de 'lentes' geradas a partir das preferências decisórias referentes às atribuições da enfermagem e as dimensões da governança clínica.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi desenvolvido de acordo com os preceitos determinados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/FIOCRUZ-PE e a participação dos sujeitos da pesquisa foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, este apresentava os benefícios, os riscos e garantia o sigilo e anonimato dos participantes.

Desenho, localização do estudo e período de estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com amostragem por conveniência que envolveu duas abordagens: a primeira, baseada em diagnóstico organizacional realizado em duas maternidades públicas do Estado da Paraíba, entre os meses de janeiro e abril de 2018; e a segunda, baseada na sobreposição de lentes – *Lente da Gestão, Lente da Ciência e Lente da Técnica*, mediante a utilização do *Teorema da Vergência* da Física.

População e critérios de inclusão e exclusão

Para melhor delimitar as duas abordagens e os sujeitos da pesquisa, o estudo foi dividido em três etapas. Na primeira etapa – *lente diagnóstica*, foi aplicado um questionário estruturado para os profissionais de enfermagem de duas maternidades públicas; na segunda etapa – *sobreposição de lentes*, houve a justaposição das lentes decisórias de estudos anteriores sobre a lente diagnóstica deste estudo para obter-se a lente decisória final; e na terceira etapa – *Dioptria*, foi realizada a análise dos dados para validação do modelo decisório.

Os critérios de inclusão para obtenção da *lente diagnóstica* foram: ser profissional de enfermagem, tendo em vista que as questões utilizadas nos estudos anteriores para obtenção das lentes decisórias da gestão e da técnica foram obtidas

a partir de instrumentos nos quais constavam perguntas referentes às atribuições dos profissionais de enfermagem; e que exercício de atividades destes profissionais fossem em maternidade pública.

Protocolo de estudo

1ª Etapa – Obtenção da Lente Diagnóstica

Nesta etapa, definiu-se um modelo de avaliação diagnóstica baseado nas atribuições dos profissionais de enfermagem constantes no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia/A&CR e listadas na Tabela 1. O objetivo desta etapa foi construir a lente diagnóstica a partir do olhar dos profissionais de enfermagem – técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros e enfermeiros obstetras.

Tabela 1 – Atribuições dos profissionais de enfermagem

Categorias Profissionais	Ordem	Código	Atribuições da Enfermagem
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (TA)	1	TA1	Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.
	2	TA2	Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.
	3	TA3	Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.
	4	TA4	Aferir sinais vitais da mulher.
	5	TA5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.
	6	TA6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.
	7	TA7	Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.
	8	TA8	Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.
	9	TA9	Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.
Enfermeiros (E)	10	E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.
	11	E2	Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.
	12	E3	Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.
	13	E4	Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso.
	14	E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.
	15	E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.
	16	E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.
	17	E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.

Categorias Profissionais	Ordem	Código	Atribuições da Enfermagem
	18	E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.
	19	E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.
	20	E11	Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.
	21	E12	Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.
Enfermeiros Obstetras (EO)	22	EO1	Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.
	23	EO2	Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.
	24	EO3	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.
	25	EO4	Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.

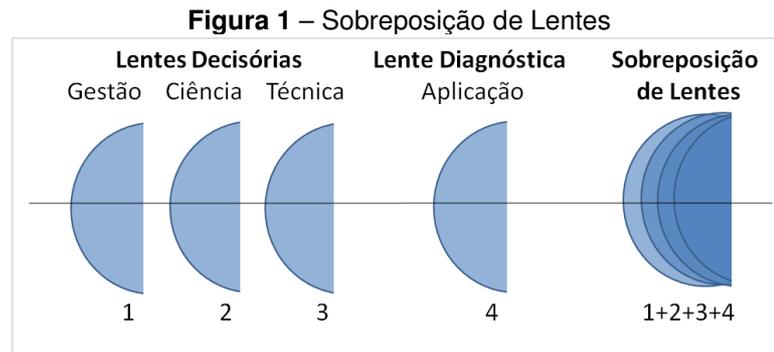
Fonte: Adaptada do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia – Rede Cegonha, 2014⁽⁹⁾.

O Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia/A&CR, instrumento base dessa etapa da pesquisa, é uma iniciativa do Ministério da Saúde, a partir da Rede Cegonha que, desde 2011, tem como objetivo proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças. Este Manual de apoio às maternidades e serviços de obstetrícia no Brasil é um instrumento destinado a favorecer a organização do acolhimento das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal. O instrumento foi elaborado a partir das experiências de maternidades que vem implementando o A&CR e inclui o Protocolo de Classificação de Risco que é uma ferramenta de apoio à decisão clínica⁽⁹⁾.

O questionário utilizado para coletar as opiniões foi do tipo estruturado em formato de escala, o qual possibilitava que o profissional de enfermagem marcasse a quadrícula referente a escala da atribuição de enfermagem, constante do Manual da Rede Cegonha, que melhor representasse a situação atual da sua instituição. A escala possuía quatro variações: (1) ‘Plenamente Aplicada’; (2) ‘Aplicada, mas com algumas deficiências’; (3) Aplicada, mas com muitas deficiências’; e (4) Não aplicada.

2ª Etapa – Sobreposição de Lentes

Nesta etapa, foram sobrepostas as *lentes decisórias* – *Gestão, Ciência e Técnica* com a lente diagnóstica obtida na primeira etapa deste estudo, como apresentada na Figura 1, uma adaptação do *Teorema da Vergência* da Óptica – uma das principais áreas de conhecimento da Física.



Fonte: Adaptação do Teorema da Vergência

Em Física, vergência trata-se da grandeza que determina a capacidade de uma lente em convergir ou divergir a luz e é definida como o inverso do foco da lente. Segundo o Teorema da Vergência, duas ou mais lentes podem ser colocadas de forma que funcionem como uma só, desde que sejam postas *coaxialmente*, onde os eixos principais são coincidentes. Neste caso, elas serão chamadas de *justapostas* e sua associação obtém-se uma *lente equivalente* com as mesmas características das lentes associadas. Quando a lente equivalente tiver vergência positiva será convergente e se tiver vergência negativa será divergente. Segundo este Teorema, o valor da vergência da lente equivalente (VEq) à associação é igual à soma algébrica das vergências (V) das lentes componentes: $[VEq = V1 + V2 + \dots + Vn]$.^(10,11,12)

As lentes decisórias da gestão, da ciência e da técnica foram obtidas de estudos anteriores. A lente decisória da gestão de estudo realizado entre enfermeiros gestores de hospitais certificados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como 'Hospital Amigo da Criança' na cidade do Recife;^(13,14) a lente decisória da ciência, de estudo realizado entre os pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e a lente decisória

da técnica, em estudo realizado entre os enfermeiros do Grupo Condutor da Rede Cegonha da I Gerência Regional de Saúde (I Geres) Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. ⁽¹⁵⁾

3ª Etapa – Dioptria – Validação do modelo decisório de sobreposição de lentes

Nesta etapa, foram estabelecidos critérios para validação do modelo decisório de sobreposição de lentes, a fim entender o ‘grau’ decisório necessário para que determinada instituição possa obter uma melhor ‘visualização’ na aplicação de investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil. Convencionamos chamar esta etapa de Dioptria, por ser uma unidade de medida que afere o poder de vergência – ou refração – de um sistema óptico, pois exprime a capacidade de um meio transparente modificar o trajeto da luz. Ou seja, é a unidade de medida da potência de uma lente corretiva (popularmente conhecido como grau). ⁽¹⁶⁾

Matematicamente, a dioptria (D) é o inverso da distância focal (F), sendo este a metade do raio (R) de curvatura: $[D = 1/F = 2/R]$. Neste estudo, o poder de vergência – dioptria – das três lentes decisórias [gestão + ciência + técnica] sobreposta sobre a lente diagnóstica, se deu pela proposta de correção (grau) baseada nos valores expressos nos *índices de vergência*. O gradiente de cor, de tons contínuos que variam de vermelho a verde, foi utilizado para sinalizar a necessidade de correção. Quando o tom é próximo de vermelho, foi convencionado como área crítica (quente), que necessita de ‘grau corretivo’ para o cuidado seguro (vergência negativa); e quando é próximo de verde, foi convencionado como área fria (vergência positiva), cujo ‘grau’, não necessariamente, precisa de correções em relação a investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil.

O ciclo de validação proposto por Markus, Cooper-Thomas e Allpress ⁽¹⁷⁾ foi adaptado para análise e validação do modelo decisório proposto neste estudo, tendo em vista entender-se que seu foco para competências pessoais possui similaridade com a aplicabilidade das atribuições pessoais dos profissionais de enfermagem. O ciclo de validação, como pode ser observado no quadro 1, abrange quatro categorias: validade de construto, validade de face e conteúdo, validade de critério e validade preditiva.

Quadro 1 – Ciclo de validação de modelo de competência

Fonte: Adaptação de Markus, Cooper-Thomas e Allpress^(17,3)

RESULTADOS

De um total de 51 questionários distribuídos para serem preenchidos por todos os profissionais de enfermagem das duas maternidades públicas, obteve-se uma taxa de resposta de 78,4%. Como pode ser observado na tabela 2, dos questionários preenchidos (n=40), 17 foram da maternidade 'A' e 23 da maternidade 'B'; e, quanto aos sujeitos respondentes, 24 eram 'técnicos ou auxiliares de enfermagem', 15 eram 'enfermeiros' e apenas 1 era 'enfermeiro obstetra'.

Tabela 3 – Avaliação de duas maternidades públicas quanto a aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha.

Categoria Profissional (Critérios)	MATERNIDADE A (n=17)						MATERNIDADE B (n=23)					
	n	Plenamente Aplicada	Aplicada, mas com ALGUMAS Deficiências	Aplicada, mas com MUITAS Deficiências	Não Aplicada	Índice de Vergência Negativa	n	Plenamente Aplicada	Aplicada, mas com ALGUMAS Deficiências	Aplicada, mas com MUITAS Deficiências	Não Aplicada	Índice de Vergência Negativa
		%	%	%	%		%	%	%	%		
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem												
TA1	8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TA2	8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16	87,5	12,5	0,0	0,0	12,5
TA3	8	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	16	93,8	6,3	0,0	0,0	6,3
TA4	8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TA5	8	37,5	62,5	0,0	0,0	62,5	16	75,0	25,0	0,0	0,0	25,0
TA6	8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TA7	8	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	16	68,8	31,3	0,0	0,0	31,3
TA8	8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TA9	8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermeiros												
E1	8	87,5	12,5	0,0	0,0	12,5	7	71,4	28,6	0,0	0,0	28,6
E2	8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
E3	8	0,0	12,5	37,5	50,0	100,0	7	57,1	42,9	0,0	0,0	42,9
E4	8	75,0	25,0	0,0	0,0	25,0	7	28,6	71,4	0,0	0,0	71,4
E5	8	12,5	0,0	0,0	87,5	87,5	7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
E6	8	12,5	0,0	0,0	87,5	87,5	7	28,6	42,9	28,6	0,0	71,4
E7	8	87,5	12,5	0,0	0,0	12,5	7	85,7	14,3	0,0	0,0	14,3
E8	8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
E9	8	12,5	0,0	25,0	62,5	87,5	7	71,4	28,6	0,0	0,0	28,6
E10	8	62,5	37,5	0,0	0,0	37,5	7	85,7	14,3	0,0	0,0	14,3
E11	8	87,5	12,5	0,0	0,0	12,5	7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
E12	8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermeiro Obstetra												
EO1	1	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0	0,0	0,0	0,0	*100,0	*100,0
EO2	1	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0	0,0	0,0	0,0	*100,0	*100,0
EO3	1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	*100,0	*100,0
EO4	1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	*100,0	*100,0

* não aplicabilidade atribuída, tendo em vista ausência de profissional para preenchimento de questionário.

Como não houve enfermeiros obstetras na maternidade B, foram atribuídos 100,0% de ausência de aplicabilidade das atribuições EO1 a EO4, motivo pelo qual os índices mais altos de vergência negativa da maternidade 'B' se concentraram nessas atribuições.

Os índices de *Vergência Negativa* foram calculados com base na soma das situações em que a aplicabilidade da atribuição possuía alguma fragilidade: [Aplicada, mas com algumas deficiências] + [Aplicada, mas com muitas deficiências] + [Não aplicada], de forma que quanto maior foi o índice, maior a fragilidade na aplicação da atribuição.

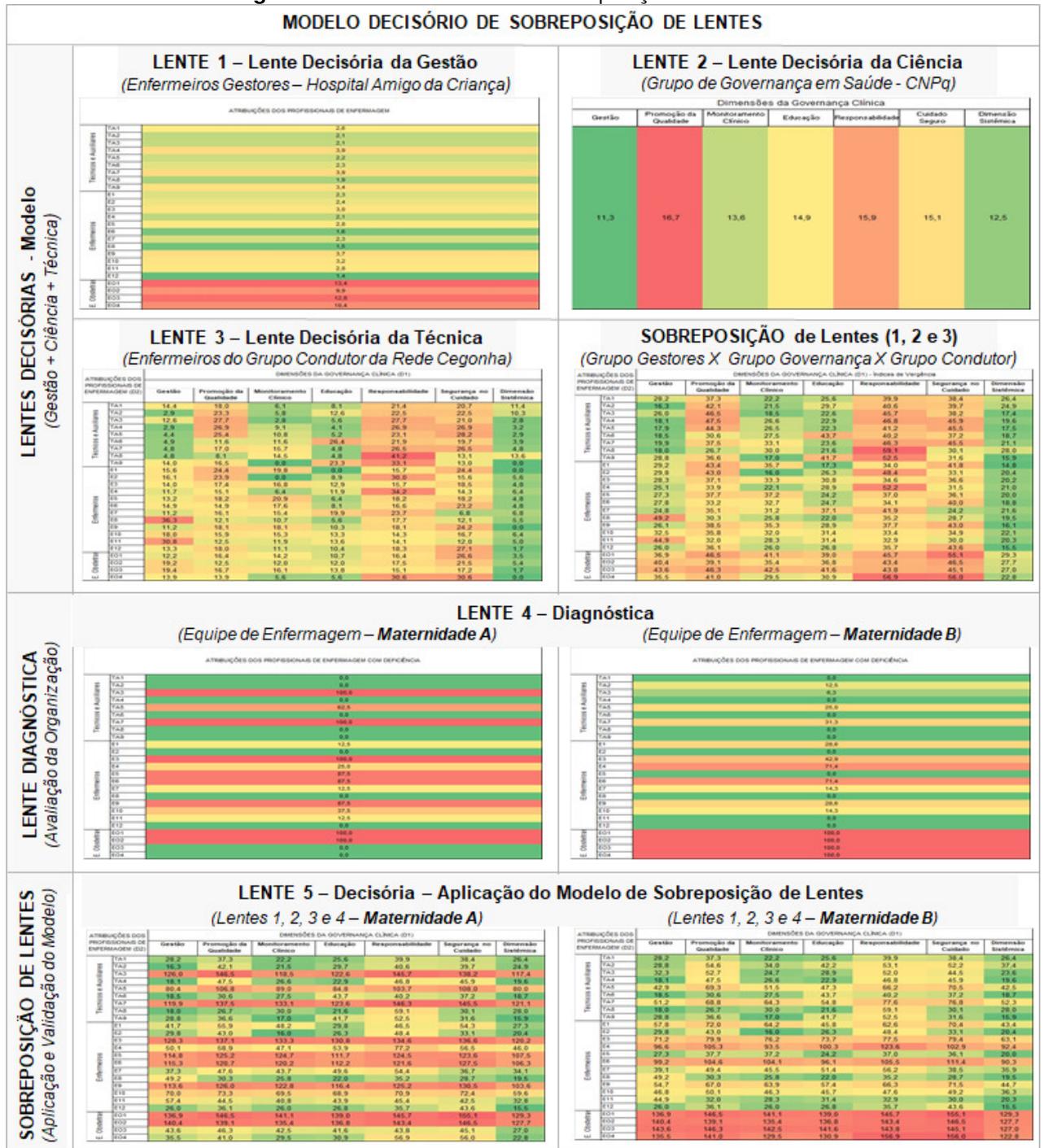
Na maternidade A, as atribuições TA3 – 'Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco', TA7 – 'Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento', E3 – 'Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado', EO1 – 'Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário' e EO2 – 'Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher' obtiveram o maior índice de vergência (100,0). Outras atribuições também tiveram índices de vergência acima de 60,00: E5 – 'Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher', E6 – 'Registrar classificação no mapa do A&CR' e E9 – 'Reclassificar as usuárias quando necessário' (87,5); e TA5 – 'Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco' (62,5).

Na maternidade B, além de todas as atribuições do enfermeiro obstetras terem índices de vergência de 100,00, a atribuição E4 – 'Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso' e a E6 – 'Registrar classificação no mapa do A&CR' também tem se destacado com índice de vergência de 71,4. Vale ainda o destaque para as atribuições E6, EO1 e EO2 que possuem índices de vergência superiores a 60,00 em ambas as maternidades.

Na figura 2, estão apresentados os resultados dos índices de vergência com gradiente de cores que variam de totalmente vermelho a totalmente verde. As lentes

decisórias – Gestão, Ciência e Técnica, as lentes diagnósticas das maternidades (A e B) e as respectivas sobreposições também constam da Figura 2.

Figura 2 – Modelo decisório de sobreposição de lentes



LENTE 5 – Decisória – Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes
(Lentes 1, 2, 3 e 4 – Maternidade A)

ATRIBUIÇÕES DOS PROFissionais DE ENFERMAGEM

Tempo e Análises	FA1	FA2	FA3	FA4	FA5	FA6	FA7	FA8	FA9	FA10	FA11	FA12
FA1	28,2	37,3	22,2	25,6	35,9	34,4	26,4					
FA2	38,3	42,1	21,5	29,7	40,6	39,7	24,9					
FA3	126,0	146,5	118,5	122,6	146,2	138,2	117,4					
FA4	88,1	47,5	28,6	22,9	46,8	45,9	18,6					
FA5	80,4	106,8	89,0	84,8	103,7	108,0	60,0					
FA6	18,6	36,0	27,5	43,7	40,2	37,2	18,7					
FA7	119,9	127,5	123,1	123,6	146,3	146,3	121,1					
FA8	18,0	26,7	30,0	21,6	59,1	36,1	28,0					
FA9	29,8	36,6	19,6	41,7	62,6	31,6	20,4					
FA10	29,9	43,0	36,0	26,3	48,4	33,1	19,6					
FA11	41,7	55,9	43,2	29,8	46,5	54,3	27,3					
FA12	52,1	67,0	61,7	53,9	77,2	66,9	44,0					
EA	118,8	128,8	122,8	116,4	128,2	128,2	102,6					
EB	119,3	129,7	129,2	112,2	121,6	127,5	106,3					
EC	37,3	47,6	43,7	49,6	64,4	36,7	34,1					
ED	41,2	36,3	26,8	22,8	35,2	28,7	19,5					
EE	118,8	128,8	122,8	116,4	128,2	128,2	102,6					
EF	73,0	73,3	69,5	68,9	70,9	72,4	59,6					
EG	57,4	44,5	40,9	43,9	45,4	42,5	30,8					
EH	28,0	36,1	26,9	26,8	35,7	43,6	16,9					
EI	136,9	146,5	141,1	139,0	145,7	155,1	129,3					
EJ	140,4	138,1	135,4	136,8	143,4	146,5	127,7					
EK	43,6	46,3	42,6	41,6	43,8	45,1	27,0					
EL	38,5	45,0	39,5	30,9	46,9	46,8	22,8					

LENTE 5 – Decisória – Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes
(Lentes 1, 2, 3 e 4 – Maternidade B)

ATRIBUIÇÕES DOS PROFissionais DE ENFERMAGEM

Tempo e Análises	FA1	FA2	FA3	FA4	FA5	FA6	FA7	FA8	FA9	FA10	FA11	FA12
FA1	28,2	37,3	22,2	25,6	35,9	34,4	26,4					
FA2	28,8	54,6	34,0	42,2	53,1	52,2	37,4					
FA3	32,3	62,7	24,7	28,9	52,0	44,5	23,6					

possuem medidas diferentes para investimentos e ações voltados para segurança do paciente materno-infantil.

Quanto a *Validade de Face e Conteúdo*, por ter as atribuições extraídas do Manual da Rede Cegonha e a área de acolhimento e classificação de riscos, onde constam os itens deste modelo decisório, está disseminado como política do Ministério da Saúde do Brasil, entende-se que há representatividade e abrangência neste modelo.

Quanto a *Validade de Critério*, na figura 2 pode ser observado o gradiente de cores que orientam a organização na aplicação de investimento, onde as áreas com maior índice de vergência (áreas quentes) são identificadas como possibilidade de direcionamento de investimentos e ações. Com isso, o gestor possui instrumentos documentados que dão uma maior precisão e confiabilidade para sua tomada de decisão. Inclusive, para que instituições diferentes tenham direcionamentos diferentes, como demonstrados na lente decisória 5 das maternidades A e B, da figura 2.

Por último, quanto a *Validade Preditiva*, o modelo traz vários benefícios para tomada de decisão, principalmente por já partir da proposição de lentes decisória que orientam a organização mesmo antes da lente diagnóstica. E, como o modelo possui formato de matriz, as dimensões da governança clínica proposta já possibilita integração com os objetivos e metas organizacionais – gestão, promoção da qualidade, monitoramento clínico, educação, responsabilidade, segurança no cuidado e dimensão sistêmica. A revisão do modelo é contínua por possibilitar a construção de lentes diagnósticas periodicamente e, quando necessário, ajusta-se o ‘foco’ das lentes decisórias.

DISCUSSÃO

Estudos apontam a relevância da utilização do conhecimento científico para construção de modelos confiáveis para tomada de decisão em serviços de saúde. Estes modelos impulsionam os ganhos de qualidade e competitividade para organizações que as utilizam, favorecendo a integração multidimensional à estratégia do serviço. Pesquisas indicam que esses modelos devem apresentar

linhas operacionais para cada aspecto considerado, facilitando a análise que poderá ser feita após sua implantação. Com isso, a mensuração das ações tomadas pelo gestor em prol da melhoria do processo se torna mais efetiva. ^(3,18)

Em relação ao impacto da utilização de um método aprovado, pesquisas enfatizam que a validação qualitativa de modelos tem a capacidade de verificar e descrever as características de uma tomada de decisão em determinada realidade. Alguns estudos de validação de métodos, recomendam o uso de escalas avaliativas envolvendo os padrões de qualidade das decisões adotadas. Observa-se, ainda, que existem muitas questões a serem analisadas antes de se considerar um modelo como válido e mais ou menos benéfico para a organização. ^(19,20)

De acordo com alguns estudos, há distintas concepções de validade dos métodos na análise decisória e diferentes técnicas para sua aferição. As propostas de análise da validade geralmente apresentam algum nível de apropriação dos conceitos que foram utilizados para construir a matriz decisória. Aponta-se que a articulação e a sistematização de conceitos, convertidos em métodos ou modelos de decisão, pode envolver algum grau de subjetividade, motivo pelo qual recomenda-se seguir processos que validem a coerência e a coesão das proposições realizadas. ^(21,22)

Ressalta-se ainda que, quanto mais processos coerentes de validação são aplicados, maior é o potencial de um modelo ser válido. Por isso, a validação vem se consolidando no meio científico como importante fator que possui a capacidade de captar ou revelar um dado fenômeno e direcionar investimentos e ações. ^(23,2)

Neste sentido, a validade de um modelo está diretamente relacionada com a sua precisão de direcionar ações. E este modelo só será efetivamente válido, quando sua construção e aplicabilidade permitirem mensurar aquilo que se pretende medir, de forma confiável e que as suas decisões tenham de fato um 'olhar' multiprofissional baseado na segurança do paciente materno-infantil. ^(24,25)

Limitações do estudo

A aplicação do modelo decisório de sobreposição de lentes limita sua aplicação às mesmas áreas geográficas em que foram desenvolvidas as lentes da gestão e da técnica. Quando aplicado em localidade diferente, pode ocasionar

diferença nos índices de vergência, tendo em vista os aspectos e valores subjetivos dos sujeitos envolvidos. Quanto à lente da ciência, tendo em vista ser um grupo de pesquisas nacional, há possibilidade de ser utilizada sem necessidade de grandes adequações. Esta pesquisa foi realizada em localidade diferente, tendo em vista se tratar de estudo de validação, não indicado para direcionar a tomada de decisão nas maternidades pesquisadas.

Contribuições para as áreas de enfermagem e saúde

O modelo decisório, baseado na sobreposição de lentes, apresenta vários olhares – gestão, ciência e técnica – como apoio multidisciplinar para priorizações de ações e investimentos na tomada de decisão que direciona a prática segura de enfermagem.

CONCLUSÕES

O resultado da interação entre os diversos critérios e métodos utilizados neste estudo, possibilitou um modelo de decisão claro e coerente, que sinalizou as atribuições de enfermagem de maior importância relativa para segurança do paciente. O modelo de decisão sugerido pode ser usado para melhorar a transparência, consistência, responsabilidade, credibilidade e aceitabilidade da tomada de decisão sobre a implementação de cuidados integrados para garantir a segurança do paciente materno-infantil.

Considerando as análises e constatações da pesquisa, o modelo decisório recomendado por este estudo se apresenta como uma ferramenta capaz de oferecer abordagem estruturada e transparente para a tomada de decisão, considerando valores e sintetizando evidências complexas dos critérios de decisão para facilitar sua consideração em cenários da vida real e ajudar a compartilhar perspectivas por meio de decisões seguras no cuidado com o paciente.

O modelo decisório de sobreposição de lentes propôs um olhar multidisciplinar sobre três dimensões: gestão, ciência e técnica, que apoia a tomada de decisão mais precisa e confiável para segurança do paciente. E sua validação proporcionou robustez na sua utilização, pois os critérios de validação antecipam parâmetros dos resultados que precisamos respondendo as seguintes perguntas: 1)

Qual seu conteúdo? 2) Quem deveria estar envolvido no processo? 3) O que fazer quando houver adversidades, de forma a prevenir riscos e prospectar cenários decisórios?

De forma geral, não obstante as suas limitações, a criação e validação do modelo decisório de sobreposição de lentes fornece contribuições inovadoras no tocante a priorização de ações e investimentos para proporcionar uma maior segurança do paciente materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Martins E, Haddad M. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem. 2000; 8(2): p. 74-82.
2. Rocha PK. Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
3. Munck L, Souza RB, Castro AL, Zagui C. Modelos de gestão de competências versus processo de validação. Um ponto cego? R.Adm.[Internet]. 2011 abr./maio/jun. [cited 2018 Jul 30]; 46(2): p. 107-121. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0080210716301947/1-s2.0-S0080210716301947-main.pdf?_tid=a00a37f9-6c78-4c46-85bc-7d11e71b6172&acdnat=1534737607_6472323c16149ecc6725b25d18657c35.
4. McLagan P. Competencies: the next generation. Training and Development. 1997 May ; 51(5): p. 40-47.
5. Convention USP. US Pharmacopeia 24, Validation of Compendial Methods, Rockville. 1999..
6. Eurachem Working G. The Fitness for Purpose of Analytical Methods, A Laboratory Guide to Method Validation and Related Topics. 1998..
7. Brasil. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - Resolução RE nº 899, de 29/05/2003..
8. World Health Organization Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical P. Thirty-second report, WHO Technical Report Series, n.823, Geneva. 1992..
9. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha/DAPES/SAS. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 12]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetricia-versao-26-de-maio--4-.pdf..>
10. Lira JCL. Vergência. [Online]. Available from: HYPERLINK "https://www.infoescola.com/fisica/vergencia/" <https://www.infoescola.com/fisica/vergencia/>
11. Escola B. O que é vergência?. [Online].; 2018. Available from: HYPERLINK "https://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/fisica/o-que-e-vergencia.htm" <https://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/fisica/o-que-e-vergencia.htm>.
12. InforEscola. Associação de lentes. [Online].; 2018. Available from: HYPERLINK "%20https://www.sofisica.com.br/conteudos/Otica/Lentesesfericas/associacaodelentes.php" <https://www.sofisica.com.br/conteudos/Otica/Lentesesfericas/associacaodelentes.php>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa hospital amigo da criança. 2014. Disponível em:. Acesso em: 31 mar. 2016.
14. Silva A, Gurgel Júnior GD, Falk JA, Pedroso MdM. Segurança do paciente materno-infantil: uma análise multicritério das preferências decisórias dos enfermeiros gestores. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2018. No prelo; 18(3).
15. Silva A, Gurgel Júnior GD, Falk JA, Souza Júnior PRB, Medeiros KR, Pedroso MdM, et al. Governança clínica e cuidado seguro de enfermagem: um modelo decisório. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018. No prelo.
16. Wikipédia. [Online].; 2018. Available from: HYPERLINK "https://pt.wikipedia.org/wiki/Dioptria" <https://pt.wikipedia.org/wiki/Dioptria>.
17. Markus LH, Cooper-Thomas HD, Allpress KN. Confounded by competencies? an evaluation of the evolution and use of competency models. New Zealand Journal of

- Psychology [Internet]. 2005 July [cited 2018 Jul 30]; 34(2): p. 117-126. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.468.9642&rep=rep1&type=pdf>.
18. Smith R. Harnessing Competencies, Capabilities and Resources. R&D/Business Strategy [Internet]. 2008 Sept./Oct. [cited 2018 Feb 12] 22 [cited 2018 Jul 30]; 51(5): p. 47-53 Available from: <https://doi.org/10.1080/08956308.2008.11657525>.
 19. Richardson RJ, Peres JAdS, Wanderley JCV, Correia LM, Melo PMdHd. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3rd ed. São Paulo: Atlas; 2015. Available from: <https://acervodigital.ssp.go.gov.br/pmgo/bitstream/123456789/355/7/Livro%20-%20Pesquisa%20Social%20-%20Roteiro%20de%20um%20Projeto%20de%20Pesquisa%20-%20Cap%C3%ADtulo%204.pdf>.
 20. Munck L, Galleli B, Borim-de-Souza R. Gestão por competências na administração pública portugal: Uma análise a partir do ciclo interligado de de legitimação e de validação. Rev Ciênc Admin [Internet]. 2014 Abril 16 [cited 2018 Aug 10];: p. Available from: https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2014v16n38p29/pdf_1.
 21. MUNCK L, GALLELI B, BANSI AC. Análise Da Validade De Modelos De Gestão Da Sustentabilidade: Uma Proposta Metodológica Qualitativa. Rgo revista gestão organizacional [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 30]; 6(edição especial): p. Available from: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/1476/1181>.
 22. ONWUEGBUZIE AJ, LEECH NL. Validity and Qualitative Research: Na Oxymoron? Quality & Quantity [Internet]. 2007. [cited 2018 Jun 10]; 41: p. 233–249. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11135-006-9000-3>.
 23. MARTIS MS. Validation of Simulation Based Models: A Theoretical Outlook. Research Methods [Internet]. 2006 [cited 2018 Jun 10]; 4 (1): p. 39-46. Available from: <http://www.ejbrm.com/issue/download.html?idArticle=163>.
 24. Belluci Júnior JA, M ML. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited 2018 Jul 30]; 65(5): p. 751-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>.
 25. Silva RLDT, Ishida EE, Cardoni Junior L, Marcon SS. Construção e validação de instrumento para avaliação da assistência à pessoa com hipertensão na atenção básica. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [cited 2018 Fev 12]; 26(4): p. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0500014.pdf>.

4 CONCLUSÃO

A ocorrência de eventos adversos à saúde em ambiente hospitalar tem sido considerada um grande problema para a segurança do paciente em todo o mundo, trazendo consequências graves e desafiadoras para a saúde pública. É notória a necessidade de ampliar a discussão no Brasil no tocante a eventos adversos, a fim de adotar métodos e sistemas que possibilitem aprofundar com base científica a temática e definir processos decisórios baseados em modelos de decisão voltados para a segurança do paciente.

A promoção de intervenções de saúde mais seguras em hospitais, de forma a evitar danos para o paciente, tem se tornado um tema de saúde pública relevante mundialmente, visando à redução da morbimortalidade, do tempo necessário para tratamento dos pacientes e, conseqüentemente, à redução dos custos assistenciais.

Tem-se observado um crescente número de estudos que evidenciam resultados drásticos referentes a eventos adversos ocorridos na área da saúde, mas não na mesma proporção de estudos e modelos que exploram tomadas de decisões voltadas para o cuidado seguro. Modelos de gerenciamento para a promoção de intervenções mais seguras tornam-se urgentes nas instituições de saúde, pois a existência de vários serviços especializados que se articulam de forma interdependente para prestar o cuidado aos pacientes em regime de internação caracteriza essas instituições como ambientes de alto risco para eventos adversos e incidentes.

Estudos que explorem a possibilidade de incrementar a inteligência decisória para definir as atividades que têm maior impacto na segurança do paciente deveriam ser prioridades nas organizações de saúde, principalmente naquelas voltadas à assistência materno-infantil, pois lidam com uma atividade fisiológica, programável e de acompanhamento contínuo. É fundamental que, para isso, os profissionais envolvidos com a assistência à saúde nas organizações hospitalares, especialmente a enfermagem que acompanha o paciente durante as 24 horas de sua internação, sejam protagonistas no processo de substituição do atual paradigma para uma cultura focada na segurança. Assim, estratégias efetivas para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados poderão ser propostas.

Nesse sentido, utilizando-se dos métodos multicritério, o presente estudo teve como objetivo levantar as preferências decisórias de enfermeiros com ênfase na

segurança do paciente materno-infantil, buscando entender e subsidiar decisões sobre como devem ser priorizadas as ações e os investimentos voltados para a segurança dos pacientes.

Os métodos multicritério que foram utilizados neste estudo possuem, por concepção, auxiliar as pessoas a fazerem melhores escolhas quando confrontadas com decisões complexas envolvendo várias dimensões, principalmente nas decisões centradas no paciente, que são, por natureza, multidimensionais e envolvem múltiplos tomadores de decisão. As decisões desse tipo incorporam preferências, valores e circunstâncias pessoais únicas no processo de tomada de decisão e envolvem ativamente tanto os pacientes quanto os prestadores de cuidados de saúde.

O resultado da interação entre os diversos critérios e métodos utilizados neste estudo possibilitou um modelo de decisão claro e coerente que sinalizou as atribuições de enfermagem de maior importância relativa para a segurança do paciente. O modelo de decisão sugerido pode ser usado para melhorar a transparência, consistência, responsabilidade, credibilidade e aceitabilidade da tomada de decisão sobre a implementação de cuidados integrados para garantir a segurança do paciente materno-infantil.

Considerando as análises e constatações da pesquisa, o modelo decisório recomendado por este estudo se apresenta como uma ferramenta capaz de oferecer abordagem estruturada e transparente para a tomada de decisão, considerando valores e sintetizando evidências complexas dos critérios de decisão para facilitar sua consideração em cenários da vida real e ajudar a compartilhar perspectivas por meio de decisões seguras no cuidado com o paciente.

O modelo decisório de sobreposição de lentes propôs um olhar multidisciplinar sobre três dimensões: gestão, ciência e técnica, que apoia a tomada de decisão mais precisa e confiável para a segurança do paciente. Sua validação proporcionou robustez na sua utilização, pois os critérios de validação antecipam parâmetros dos resultados que precisamos respondendo as seguintes perguntas: 1) Qual seu conteúdo? 2) Quem deveria estar envolvido no processo? 3) O que fazer quando houver adversidades, de forma a prevenir riscos e prospectar cenários decisórios?

De forma geral, não obstante suas limitações, a criação e a validação do modelo decisório de sobreposição de lentes fornecem contribuições inovadoras no

tocante à priorização de ações e investimentos para proporcionar uma maior segurança do paciente materno-infantil.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 25 de julho de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 23 nov. 2017.
- AMAYA, S. L. Seguridad del Paciente: Conceptos y análisis de eventos adversos. **Centro de Gestión Hospitalaria**, Bogotá, n. 48, p. 6-21, jul. 2009. Disponível em: <https://oes.org.co/download/seguridad-del-paciente-conceptos-y-analisis-de-eventos-adversos/?wpdmdl=4566&refresh=5d56b6f3199271565964019>. Acesso em: 10 jul. 2017.
- ANGLÈS, R. et al. Sistema de notificación genérico y gestión de incidentes: Implantación y acciones de mejora derivadas para la seguridad del paciente. **Med. Clín.**, Barcelona, v. 140, n. 7, p. 320-324, abr. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775312008615>. Acesso em: 28 nov. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 31000**: Gestão de riscos – Princípios e diretrizes. Rio de Janeiro, 11 nov. 2009. Disponível em: <https://gestravp.files.wordpress.com/2013/06/iso31000-gestc3a3o-de-riscos.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.
- BAKER, G. R.; NORTON, P. G. Adverse events and patient safety in Canadian health care. **CMAJ**, Ottawa, v. 48, n. 7, p. 326-328, set. 2006. Disponível em: https://www.bcmj.org/sites/default/files/public/BCMJ_48_Vol7_articles_adverse_events.pdf. Acesso em: 20 ago. 2017.
- BANA E COSTA C. A. Três convicções fundamentais na prática do apoio à decisão. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA OPERACIONAL. **Pesquisa Operacional**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 9-20, jun. 1993. Disponível em: <http://web.ist.utl.pt/carlosbana/bin/Pesquisa%20operacional.pdf>. Acesso em: 13 set. 2017.
- BARALDI, P. **Gerenciamento de Riscos Empresariais**: a gestão de oportunidades, a avaliação de riscos e criação de controles internos nas decisões empresariais. 2. ed. rev e amp. Rio de Janeiro: Campus, 2005.
- BERNSTEIN, P. **Desafio aos deuses**: a fascinante história do risco. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- BRAGA, D. M. **Implementação da Estrutura de Gerenciamento de Riscos Operacionais no BNDES**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Administração) – Faculdade de Economia e Finanças, Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais, Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 5 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>. Acesso em: 31 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Rede Cegonha/DAPES/SAS. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetricia-versao-26-de-maio--4-.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>. Acesso em: 16 set. 2011.

CROUHY, M.; GALAI, D.; MARK, R. **Gerenciamento de Risco: Abordagem Conceitual e Prática - Uma Visão Integrada dos Riscos de Crédito, Operacional e de Mercado**. 1. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

DAVIS, P. et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. **N. Z. Med. J.**, Wellington, v. 115, n.1167, p. 1-9, dez. 2002. Disponível em: <https://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/15553>. Acesso em: 24 nov. 2017.

EL-JARDALI, F. et al. The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. **BMC Health Serv Res**, London, v. 14, n. 86, fev. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24568632>. Acesso em: 13 set. 2017.

ENSSLIN, L.; MONTIBELLER NETO, G.; NORONHA, S. M. **Apoio à Decisão: Metodologias para Estruturação de Problemas e Avaliação Multicritério de Alternativas**. Florianópolis: Insular, 2001.

FARMER, F. R. Reactor safety and siting: a proposed risk criterion. **Nuclear Safety**, Oak Ridge, v. 8, n. 6, p. 539-548, nov./dez. 1967.

GOMES, A. Q. F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

GOMES, S. M. A efetiva prevenção e reparação do dano cirúrgico: descompasso entre as diretrizes públicas de saúde para a segurança do paciente e a tendência jurisprudencial brasileira. In: CASTRO G.F. (Org.). **Aspectos, opiniões e destaques sobre segurança**. Belo Horizonte: Edições Superiores, 2012. p. 247.

LEAPE, L. L. et al. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study II. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 324, n. 6, p. 377-384, fev. 1991. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199102073240605?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em: 23 mar. 2017.

MARESCHAL, B.; DE SMET, Y. **Visual PROMETHEE: Developments of the PROMETHEE & GAIA Multicriteria Decision Aid Methods**. IEEE International

Conference on Industrial Engineering and Engineering Management, Hong Kong, 2009, p. 1646-1649. Disponível em: <https://ieeexplore.ieee.org/document/5373124>. Acesso em: 25 nov. 2017.

MARKUS, L. H.; COOPER-THOMAS, H. D.; ALLPRESS, K. N. Confounded by competencies? an evaluation of the evolution and use of competency models. **New Zealand Journal of Psychology**, Wellington, v. 34, n. 2, p.17-126, jul. 2005.

Disponível em:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.468.9642&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 30 jul. 2018.

MARSHALL, C. **Medindo e Gerenciando Riscos Operacionais em Instituições Financeiras**. 1. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

MARTINS, M., et al. Hospital deaths and adverse events in Brazil. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 11, n. 223, p. 1-8, set. 2011. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-223>.

Acesso em: 27 abr. 2017.

MENDES JÚNIOR, W.V. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

_____ et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 55-66, mar. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100005.

Acesso em: 17 jun. 2017.

_____ et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, set./out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006. Acesso em: 17 jun. 2017.

_____ 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, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000400008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 jul. 2017.

_____ 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, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000400008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 jul. 2017.

_____ et al. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 21, p. 279-84, ago. 2009. Disponível em:

<https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>. Acesso em: 13 ago. 2017.

_____ et al. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 21, p. 279-84, ago. 2009. Disponível em:

<https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>. Acesso em: 13 ago. 2017.

MICHEL, P. et al. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. **BMJ**, London, v. 328, n. 119, p. 1-5, jan. 2004. Disponível em:

<https://www.bmj.com/content/328/7433/199>. Acesso em: 18 jan. 2018.

NAESSENS, J. M. et al. A comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 301-307, 2009. Disponível em:

<https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/301/1802179>. Acesso em: 29 maio 2017.

- NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 746-751, ago. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692008000400015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 dez. 2016.
- NORDOCCI, A. C. Gerenciamento social de riscos. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 64-78, mar. 2002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/81297/84936>. Acesso em: 22 ago. 2017.
- O'CONNOR, E. et al. Disclosure of Patient Safety Incidents: A Comprehensive Review. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 22, n. 5, p. 371-379, ago. 2010. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/22/5/371/1787466>. Acesso em: 1 out. 2017.
- PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200007&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 17 jun. 2017.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Gerências Regionais de Saúde**. 2018. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>. Acesso em: 10 jan. 2018.
- QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **RAS**, São Paulo, v. 8, n. 33, p. 153-158, out./dez. 2006. Disponível em: http://www.nascecme.com.br/artigos/RAS33_seguranca.pdf. Acesso em: 22 nov. 2017.
- SOMMELLA, L. et al. The incidence of adverse events in an Italian acute care hospital: findings of a two-stage method in a retrospective cohort study. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 14, n. 1, n. 358, jan. 2014. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-358>. Acesso em: 14 out. 2017.
- SOOP, M. et al. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 285-291, jun. 2009. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/285/1802037>. Acesso em: 5 dez. 2016.
- SOUSA, P. et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 14, p. 311, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25034870>. Acesso em: 15 nov. 2017.
- SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000600002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 6 jul. 2017.
- STEENHUYSEN, J. Errores still common in U.S. hospitals. **Health News [online]**, Chicago, 7 abr 2011. Disponível em: <https://www.reuters.com/article/us-hospital->

errors/errors-still-common-in-u-s-hospitals-idUSTRE7360PU20110407. Acesso em: 25 set. 2017.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VALLEJO-GUTIÉRREZ, P. et al. Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting an Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP, **Rev. Calid. Asist.**, Barcelona, v. 29, n. 2, p. 69-77, mar./abr. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X13001322?via%3Dihub>. Acesso em: 11 set. 2017.

VINCENT, C. Understanding and Responding to Adverse Events. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 348, n. 11, p. 1051-1056, mar. 2003. Disponível em : https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr020760?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. Acesso em: 28 nov. 2016.

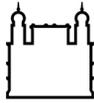
_____; NEALE, G.; WOLOSHYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **BMJ**, London, v. 322, n. 7285, p. 517-519, mar. 2001. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/322/7285/517.long>. Acesso em: 8 jun. 2017.

_____; TAYLOR-ADAMS, S; STANHOPE, N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. **BMJ**, London, v. 316, n. 7138, p. 1154-1157, abr. 1998. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/316/7138/1154>. Acesso em: 12 fev. 2018.

WEINGART, S. N. et al. Epidemiology of medical error. **West. J. Med.**, San Francisco, v. 172, n. 6, p. 390-393, jun. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10854389>. Acesso em: 2 nov. 2017.

WIKIPÉDIA. **Dioptria**. 2018. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Dioptria>. Acesso em: 10 jan. 2018.

APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa para Enferm. Grupo Conductor – Etapa 2



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Aggeu Magalhães

Pesquisa com Enfermeiros do Grupo Conductor

- Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre a relação entre **Dimensões da Governança Clínica** e as **Atribuições dos Profissionais de Enfermagem** constante no Manual da Rede Cegonha e tomará cerca de 15 a 20 minutos para ser preenchida;
- Nesta pesquisa você selecionará pesos (de 0 a 100%) nas quadriculas das Dimensões que melhor relacione à Atribuição de Enfermagem. Mais detalhes sobre o significado de cada Dimensão da Governança Clínica poderão ser obtidos encostando o mouse sobre a quadricula que consta o nome da respectiva Dimensão;
- Caso entenda que determinada Atribuição da Enfermagem não está vinculada a alguma Dimensão da Governança Clínica, pode deixar a quadricula em branco; ou caso não queira responder uma questão ou se uma pergunta não se aplicar às Dimensões, pode deixá-la em branco;
- Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado em anexo e **Concordo** em participar da Pesquisa.

CATEGORIAS	ATRIBUIÇÃO	DIMENSÕES DA GOVERNANÇA CLÍNICA							
		GESTÃO	PROMOÇÃO DA QUALIDADE	MONITORAMENTO CLÍNICO	EDUCAÇÃO	RESPONSABILIDADE	SEGURANÇA NO CUIDADO	DIMENSÃO SISTÊMICA	
TÉCNICO E AUXILIARES	TA1	Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.							
	TA2	Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.							
	TA3	Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.							
	TA4	Aferir sinais vitais da mulher.							
	TA5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.							
	TA6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.							
	TA7	Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.							
	TA8	Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.							
	TA9	Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.							
ENFERMEIROS	E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.							
	E2	Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.							
	E3	Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.							
	E4	Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso.							
	E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.							
	E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.							
	E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.							
	E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.							
	E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.							
	E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.							
	E11	Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.							
	E12	Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.							
ENF. OBSTETRAS	EO1	Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.							
	EO2	Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.							
	EO3	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.							
	EO4	Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.							

APÊNDICE B – Instrumento de Pesquisa para Técnicos e Auxiliares – Etapa 3



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Aggeu Magalhães

Pesquisa com Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

- 1 Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre a Aplicação Prática das **Atribuições dos Profissionais de Enfermagem** constante no Manual da Rede Cegonha e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida;
 - 2 Nesta pesquisa você marcará um "X" na quadricula da escala que melhor represente a **Situação da Atribuição do TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM** em sua Instituição (Com Escala de Plenamente Aplicada à Não Aplicada);
 - 3 Caso apenas parte da pergunta esteja aplicada, marque a quadricula Aplicada, mas com algumas deficiências ou Aplicada, mas com muitas deficiências, conforme a situação.
 - 4 Caso não quiser responder uma questão, pode deixá-la em branco.
- Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constante do verso, entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e:
- 5 () **Concordo** voluntariamente em participar da Pesquisa;
() **Não concordo** em participar.

CATEGORIAS	ATRIBUIÇÃO	ESCALA DE APLICABILIDADE DA ATRIBUIÇÃO				
		PLENAMENTE APLICADA	APLICADA, mas com ALGUMAS DEFICIÊNCIAS	APLICADA, mas com MUITAS DEFICIÊNCIAS	NÃO APLICADA	
TÉCNICO E AUXILIARES	TA1	Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.				
	TA2	Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.				
	TA3	Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.				
	TA4	Aferir sinais vitais da mulher.				
	TA5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.				
	TA6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.				
	TA7	Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.				
	TA8	Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.				
	TA9	Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.				

APÊNDICE C – Instrumento de Pesquisa para Enfermeiros – Etapa 3



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Aggeu Magalhães

Pesquisa com Enfermeiros

- 1 Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre a Aplicação Prática das Atribuições dos Profissionais de Enfermagem constante no Manual da Rede Cegonha e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida;
- 2 Nesta pesquisa você marcará um "X" na quadrícula da escala que melhor represente a Situação da Atribuição do ENFERMEIRO em sua Instituição (Com Escala de Plenamente Aplicada à Não Aplicada);
- 3 Caso apenas parte da pergunta esteja aplicada, marque a quadrícula Aplicada, mas com algumas deficiências ou Aplicada, mas com muitas deficiências, conforme a situação.
- 4 Caso não quiser responder uma questão, pode deixá-la em branco.
- 5 Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constante do verso, entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e:
 Concordo voluntariamente em participar da Pesquisa;
 Não concordo em participar.

CATEGORIAS	ATRIBUIÇÃO	ESCALA DE APLICABILIDADE DA ATRIBUIÇÃO				
		PLENAMENTE APLICADA	APLICADA, mas com ALGUMAS DEFICIÊNCIAS	APLICADA, mas com MUITAS DEFICIÊNCIAS	NÃO APLICADA	
ENFERMEIROS	E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.				
	E2	Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.				
	E3	Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.				
	E4	Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso.				
	E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.				
	E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.				
	E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.				
	E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.				
	E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.				
	E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.				
	E11	Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.				
	E12	Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.				

APÊNDICE D – Instrumento de Pesquisa para Enfermeiros Obstetras – Etapa 3



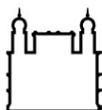
Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Aggeu Magalhães

Pesquisa com Enfermeiro Obstetra

- 1 Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre a Aplicação Prática das **Atribuições dos Profissionais de Enfermagem** constante no Manual da Rede Cegonha e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida;
- 2 Nesta pesquisa você marcará um "X" na quadrícula da escala que melhor represente a **Situação da Atribuição do ENFERMEIRO OBSTETRA** em sua Instituição (Com Escala de Plenamente Aplicada à Não Aplicada);
- 3 Caso apenas parte da pergunta esteja aplicada, marque a quadrícula Aplicada, mas com algumas deficiências ou Aplicada, mas com muitas deficiências, conforme a situação.
- 4 Caso não quiser responder uma questão, pode deixá-la em branco.
- 5 Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constante do verso, entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e:
 - () **Concordo** voluntariamente em participar da Pesquisa;
 - () **Não concordo** em participar.

CATEGORIAS	ATRIBUIÇÃO	ESCALA DE APLICABILIDADE DA ATRIBUIÇÃO			
		PLENAMENTE APLICADA	APLICADA, mas com <u>ALGUMAS</u> DEFICIÊNCIAS	APLICADA, mas com <u>MUITAS</u> DEFICIÊNCIAS	NÃO APLICADA
ENF. OBSTETRAS	EO1 Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.				
	EO2 Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.				
	EO3 Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.				
	EO4 Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.				

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Etapa 1



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Eventos adversos em ambiente hospitalar: desenvolvimento de um modelo de mapeamento de riscos à segurança de pacientes materno-infantis**”. A presente pesquisa está vinculada ao Macroprojeto: Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Você foi selecionado para participar desta pesquisa de forma intencional, por ser Coordenador de Enfermagem de um Hospital Amigo da Criança da Região Metropolitana do Recife. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo deste estudo é **desenvolver um modelo de mapeamento de riscos à segurança de pacientes materno-infantis para tomada de decisão**.

Sua participação faz parte da 1ª Etapa da Pesquisa, que consiste em responder de forma objetiva a um questionário estruturado sobre as **atribuições dos profissionais de enfermagem envolvidos no acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**, constante do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, 2014, da Rede Cegonha/DAPES/SAS do Ministério da Saúde. Serão 30 perguntas com pareamento com base na Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista e tomará cerca de 40 a 50 minutos para ser preenchido. O principal risco associado à sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais, o que diminuirá este risco. Este estudo não trará gasto para os participantes e terá como benefício oferecer a oportunidade de preparar um instrumento para mapear os riscos à segurança de pacientes materno-infantis em ambiente hospitalar, buscando contribuir para sua melhoria.

A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma de posse do pesquisador responsável e a outra entregue a você, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 21012639.

Nome e assinatura do pesquisador Responsável: ALEXSSANDRO DA SILVA: _____

Endereço: Av. Profº Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - Campus da UFPE - Recife - PE - CEP: 50.740-465

E-mail: adm.alexssandro@hotmail.com - **Fone:** (81) 99938-7220

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de 2016.

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Etapa 2.1



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Eventos adversos em ambiente hospitalar: desenvolvimento de um modelo de mapeamento de riscos à segurança de pacientes materno-infantis**”. A presente pesquisa está vinculada ao Macroprojeto: Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Você foi selecionado para participar desta pesquisa de forma intencional, por ser pesquisador(a) do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde, da Área Saúde Coletiva, do CNPq. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo deste estudo é **desenvolver um modelo de mapeamento de riscos à segurança de pacientes materno-infantis para tomada de decisão**.

Sua participação faz parte da 1ª Fase da 2ª Etapa da Pesquisa, que consiste em responder de forma objetiva a um questionário estruturado sobre as **dimensões e sentidos da governança clínica**, baseado na Polissemia da Governança Clínica, publicada na Revista Ciência & Saúde Coletiva em 2015. Serão 35 perguntas pareadas com base na Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista e tomará cerca de 30 minutos para serem respondidas. O principal risco associado à sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais, o que diminuirá este risco. Este estudo não trará gasto para os participantes e terá como benefício oferecer a oportunidade de preparar um instrumento para mapear os riscos à segurança de pacientes materno-infantis em ambiente hospitalar, buscando contribuir para sua melhoria.

A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma de posse do pesquisador responsável e a outra entregue a você, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 21012639.

Nome e assinatura do pesquisador Responsável: **ALEXSSANDRO DA SILVA:** _____

Endereço: Av. Profº Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - Campus da UFPE - Recife - PE - CEP: 50.740-465

E-mail: adm.alexssandro@hotmail.com - **Fone:** (81) 99938-7220

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de 2017.

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Etapa 2.2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Eventos adversos em ambiente hospitalar: desenvolvimento de um modelo de mapeamento de riscos à segurança de pacientes materno-infantis**”. A presente pesquisa está vinculada ao Macroprojeto: Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Você foi selecionado para participar desta pesquisa de forma intencional, por ser enfermeiro do Grupo Condutor da Rede Cegonha. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo deste estudo é **desenvolver um modelo de mapeamento de riscos à segurança de pacientes materno-infantis para tomada de decisão**.

Sua participação faz parte da 2ª Fase da 2ª Etapa da Pesquisa, que consiste em responder de forma objetiva a um questionário estruturado em forma de matriz com duas variáveis: **Atribuições da Enfermagem X Dimensões da Governança Clínica**. As Atribuições de Enfermagem foram extraídas do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, 2014, da Rede Cegonha/DAPES/SAS do Ministério da Saúde; e as Dimensões da governança clínica baseou-se no Artigo sobre a Polissemia da Governança Clínica, publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva em 2015. O questionário matriz com 25 Atribuições e 7 Dimensões tomará cerca de 15 a 20 minutos para ser respondido. O principal risco associado à sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais, o que diminuirá este risco. Este estudo não trará gasto para os participantes e terá como benefício oferecer a oportunidade de preparar um instrumento para mapear os riscos à segurança de pacientes materno-infantis em ambiente hospitalar, buscando contribuir para sua melhoria.

A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma de posse do pesquisador responsável e a outra entregue a você, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 21012639.

Nome e assinatura do pesquisador Responsável: **ALEXSSANDRO DA SILVA:** _____

Endereço: Av. Profº Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - Campus da UFPE - Recife - PE - CEP: 50.740-465

E-mail: adm.alexssandro@hotmail.com - Fone: (81) 99938-7220

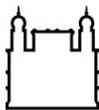
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de 2017.

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Etapa 3



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Aggeu Magalhães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Eventos adversos em ambiente hospitalar: desenvolvimento de um modelo de mapeamento de riscos à segurança de pacientes materno-infantis**”. A presente pesquisa está vinculada ao Macroprojeto: Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Você foi selecionado para participar desta pesquisa de forma intencional, por ser Técnico/Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro ou Enfermeiro Obstetra que possui atribuições em Maternidade Pública. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo deste estudo é desenvolver um modelo de mapeamento de riscos à segurança de pacientes materno-infantis para tomada de decisão e o objetivo da 3ª Etapa da Pesquisa é validar esse Modelo.

Sua participação está restrita a 3ª Etapa da Pesquisa, que consiste em responder de forma objetiva a um questionário estruturado em forma de escala (de Plenamente Aplicada à Não Aplicada) que melhor represente a **Situação Atual das Atribuições da Enfermagem** em sua instituição. As atribuições constantes do questionário foram extraídas do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, 2014, da Rede Cegonha/DAPES/SAS do Ministério da Saúde e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser respondido. O principal risco associado à sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais, o que diminuirá este risco. Este estudo não trará gasto para os participantes e terá como benefício oferecer a oportunidade de preparar um instrumento para mapear os riscos à segurança de pacientes materno-infantis em ambiente hospitalar, buscando contribuir para sua melhoria.

A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Não é obrigatória a sua assinatura, mas para participação da pesquisa você precisará marcar a quadrícula do questionário confirmando a leitura deste termo e da sua concordância voluntária. Uma via deste termo será entregue a você, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 21012639.

Pesquisador Responsável: ALEXSSANDRO DA SILVA.

Endereço: Av. Profº Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - Campus da UFPE - Recife - PE - CEP: 50.740-465

E-mail: adm.alexssandro@hotmail.com - **Fone:** (81) 99938-7220

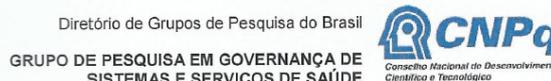
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de 2018.

Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária - Campus da UFPE
Recife - PE - CEP: 50.740-465
Telefones: (81) 2101.2500 / 2101.2600 Fax (81) 3453-1911
www.cpqam.fiocruz.br

ANEXO A – Declaração de Declaração de Vinculação a Macroprojeto – Tese**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada '**Governança clínica e cuidado de enfermagem: um modelo decisório para segurança do paciente materno-infantil**', conduzida pelo pesquisador ALEXSSANDRO DA SILVA, aluno do curso de DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA, está vinculada ao Macro-projeto: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS). Este Macro-projeto e seus recortes são conduzidos pelos membros do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS/CNPq) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 14/06/2016 sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Recife, 5 de junho de 2018.

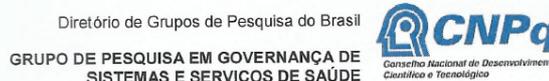


Prof. Dr. GARIBALDI DANTAS GURGEL JÚNIOR

Pesquisador Responsável/Coordenador do Grupo de Pesquisa GSS/CNPq

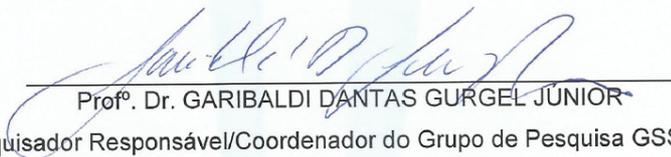


Página 1 de 1

ANEXO B – Declaração de Vinculação a Macroprojeto – Artigo 1 (RBSMI)**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada '**Segurança do paciente materno-infantil: uma análise multicritério das preferências decisórias dos enfermeiros gestores**', conduzida pelo pesquisador ALEXSSANDRO DA SILVA, aluno do curso de DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA, está vinculada ao Macro-projeto: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS). Este Macro-projeto e seus recortes são conduzidos pelos membros do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS/CNPq) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 14/06/2016 sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

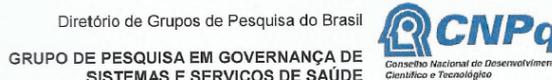
Recife, 21 de setembro de 2017.


Prof. Dr. GARIBALDI DANTAS GURGEL JÚNIOR

Pesquisador Responsável/Coordenador do Grupo de Pesquisa GSS/CNPq



Página 1 de 1

ANEXO C – Declaração de Vinculação a Macroprojeto - Artigo 2 (REBEn)**DECLARAÇÃO**

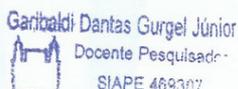
Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada '**Governança clínica e cuidado seguro de enfermagem: um modelo decisório**', conduzida pelo pesquisador ALEXSSANDRO DA SILVA, aluno do curso de DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA, está vinculada ao Macro-projeto: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS). Este Macro-projeto e seus recortes são conduzidos pelos membros do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS/CNPq) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 14/06/2016 sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Recife, 5 de junho de 2018.



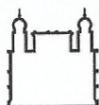
Prof. Dr. GARIBALDI DANTAS GURGEL JÚNIOR

Pesquisador Responsável/Coordenador do Grupo de Pesquisa GSS/CNPq



Página 1 de 1

ANEXO D – Declaração de Vinculação a Macroprojeto - Artigo 3 (REBEn)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Aggeu Magalhães

Diretório de Grupos de Pesquisa do Brasil
GRUPO DE PESQUISA EM GOVERNANÇA DE
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada '**Governança clínica e cuidado seguro de enfermagem: validação de modelo decisório**', conduzida pelo pesquisador ALEXSSANDRO DA SILVA, aluno do curso de DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA, está vinculada ao Macro-projeto: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS). Este Macro-projeto e seus recortes são conduzidos pelos membros do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS/CNPq) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 14/06/2016 sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Recife, 5 de junho de 2018.


Prof. Dr. GARIBALDI DANTAS GURGEL JÚNIOR

Pesquisador Responsável/Coordenador do Grupo de Pesquisa GSS/CNPq



Página 1 de 1

ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética – Plataforma Brasil

05/12/2017

Plataforma Brasil

Saúde

[Esqueceu a senha?](#)
[Cadastre-se](#)
[v3.2](#)

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

– DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)
 Pesquisador Responsável: GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR
 Contato Público: GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR
 Condições de saúde ou problemas estudados:
 Descritores CID - Gerais:
 Descritores CID - Específicos:
 Descritores CID - da Intervenção:
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 14/06/2016



– DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: FUNDACAO OSWALDO CRUZ
 Cidade: RECIFE

– DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5190 - FIOCRUZ/ CPqAM - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
 Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Telefone: (81)2101-2639
 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

– CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

– CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

[Voltar](#)

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior),
 ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).

ANEXO F – Comprovante de Submissão do Artigo 1 - RBSMI

12/06/2018

ScholarOne Manuscripts

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Preview

From: revista@imip.org.br
To: adm.alexssandro@hotmail.com
CC: adm.alexssandro@hotmail.com, gurgel@cpqam.fiocruz.br, thefalks@terra.com.br, marcel.pedroso@icict.fiocruz.br
Subject: Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Manuscript ID RBSMI-2017-0316
Body: 21-Sep-2017

Dear Ms. Silva:

Your manuscript entitled "Segurança do paciente materno-infantil: uma análise multicritério das preferências decisórias dos enfermeiros gestores." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

Your manuscript ID is RBSMI-2017-0316.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

Sincerely,
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil Editorial Office

Date Sent: 21-Sep-2017

 Close Window

ANEXO G – Comprovante de Aprovação e Aceite do Artigo 1 - RBSMI

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Decision on Manuscript ID RBSMI-2017-031...

José Eulalio Cabral Filho <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Ter 17/07/2018, 09:37

Para: adm.alexssandro@hotmail.com <adm.alexssandro@hotmail.com>

17-Jul-2018

Dear Ms. Silva:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Segurança do paciente materno-infantil: uma análise multicritério das preferências decisórias dos enfermeiros gestores." in its current form for publication in the Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,

Dr. José Eulalio Cabral Filho

Editor-in-Chief, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

eulalio@imip.org.br

Associate Editor

Comments to the Author:

Artigo de interesse pela relevância na prevenção de efeitos adversos em pacientes. Os autores responderam basicamente aos pareceres. Assim o trabalho pode ser aceito, desde que:

1. Fazer uma cuidadosa revisão da língua portuguesa do texto. a propósito: corrigir o nome do IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira;
2. Deixar claro qual a abordagem seguida no trabalho Inteligência ou Racionalidade Decisória? Se não for a segunda, duas referências (12 e 13) podem se excluídas e substituídas em outros contextos como recomendados nos pareceres.

ANEXO H – Comprovante de Submissão do Artigo 2 - REBEn

12/06/2018

ScholarOne Manuscripts

Revista Brasileira de Enfermagem

Preview**From:** reben@abennacional.org.br**To:** adm.alexssandro@hotmail.com**CC:** adm.alexssandro@hotmail.com, gurgel@cpqam.fiocruz.br, thefalks@terra.com.br, paulo.borges@icict.fiocruz.br, kmedeiros@cpqam.fiocruz.br, marcel.pedroso@icict.fiocruz.br**Subject:** Revista Brasileira de Enfermagem - Manuscript ID REBEn-2018-0491**Body:** 06-Jun-2018

Dear Mr. SILVA:

Your manuscript entitled "Governança clínica e cuidado seguro da enfermagem: um modelo de priorização." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Brasileira de Enfermagem.

Your manuscript ID is REBEn-2018-0491.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/reben-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/reben-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista Brasileira de Enfermagem.

Sincerely,
Revista Brasileira de Enfermagem Editorial Office

Date Sent: 06-Jun-2018 Close Window

ANEXO I – Comprovante de Submissão do Artigo 3 - REBEn

30/07/2018

ScholarOne Manuscripts

Revista Brasileira de Enfermagem

Preview (REBEn-2018-0632)**From:** reben@abennacional.org.br**To:** adm.alexssandro@hotmail.com**CC:** adm.alexssandro@hotmail.com, garibaldi.gurgel@hotmail.com, thefalks@terra.com.br, paulo.borges@icict.fiocruz.br, kmedeiros@cpqam.fiocruz.br, marcel.pedroso@icict.fiocruz.br, haline.leite@hotmail.com, enfermeirofilipe@outlook.com, enfermeirofilipe12@gmail.com**Subject:** Revista Brasileira de Enfermagem - Manuscript ID REBEn-2018-0632**Body:** 30-Jul-2018

Dear Mr. Silva:

Your manuscript entitled "Governança clínica e cuidado seguro de enfermagem: validação de modelo decisório" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Brasileira de Enfermagem.

Your manuscript ID is REBEn-2018-0632.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/reben-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/reben-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista Brasileira de Enfermagem.

Sincerely,
Revista Brasileira de Enfermagem Editorial Office

Date Sent: 30-Jul-2018 Close Window