

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Valéria Cristina da Silva

**RISCOS ASSISTENCIAIS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
UM CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE UM HOSPITAL DE
GRANDE PORTE**

Belo Horizonte

2021

Valéria Cristina da Silva

**RISCOS ASSISTENCIAIS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
UM CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE UM HOSPITAL DE
GRANDE PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como critério para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dra. Marília Alves

Coorientadora: Prof^a. Dra. Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura

Belo Horizonte

2021

SI586r Silva, Valeria Cristina da.
Riscos assistenciais na perspectiva dos profissionais de um centro de diagnóstico por imagem de um hospital de grande porte de Belo Horizonte [manuscrito]. / Valeria Cristina da Silva. - - Belo Horizonte: 2021. 82f.
Orientador (a): Marília Alves.
Coorientador (a): Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Segurança do Paciente. 2. Avaliação de Risco e Mitigação. 3. Risco à Saúde Humana. 4. Diagnóstico por Imagem. 5. Pessoal de Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Alves, Marília. II. Ventura, Palloma Fernandes Estanislau Vaz. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: QV 771

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 693 (SEISCENTOS E NOVENTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA VALÉRIA CRISTINA DA SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 17 (dezessete) dias do mês de novembro de dois mil vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "RISCOS ASSISTENCIAIS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE BELO HORIZONTE", da aluna *Valéria Cristina da Silva*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Marília Alves (orientadora), Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura (co-orientadora), Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro e Doane Martins da Silva, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 17 de novembro de 2021.

Profª. Drª. Marília Alves

 Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura

 (co-orientadora)

HOMOLOGADA em reunião do CPG
 em 06/12/2021

Profª. Drª. Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro

(UFSJ)

Profª. Drª. Doane Martins da Silva

(EE/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora VALÉRIA CRISTINA DA SILVA.

As modificações foram as seguintes:

1. Aprofundar e atualizar a revisão da literatura e na análise;
1. Descrever o CDI na introdução;
1. Utilizar os conceitos do tema/área ao longo de toda a dissertação e não só na introdução;
1. Descrever a relação homem/ máquina importante no CDI.

NOMES

ASSINATURAS

Profª. Drª. Marília Alves

Profª. Drª. Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura

Profª. Drª. Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro

Profª. Drª. Doane Martins da Silva

HOMOLOGADO em sessão do COG
em 06/12/2021



Documento assinado eletronicamente por **Doane Martins da Silva, Professora do Magistério Superior**, em 18/11/2021, às 09:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Marília Alves, Professora do Magistério Superior**, em 18/11/2021, às 10:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura, Professora Magistério Superior-Substituta**, em 18/11/2021, às 11:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, Usuário Externo**, em 24/11/2021, às 05:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 24/11/2021, às 09:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 1086690 e o código CRC 87A39774.

Assinado eletronicamente em nome do CRC
em 06 de 12 de 2021

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Alice e Gercino, pelo amor, zelo,
dedicação e incentivo aos estudos. Por
serem minhas inspirações na vida e meu
maior estímulo.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e sempre, agradeço à Deus, pelo dom da vida, pela saúde e essa grande paixão pelos estudos. Pela curiosidade que me leva a descobrir o mundo, pela força. Agradeço também a força que me destes nesse percurso tão complexo...

Agradeço à minha família, meus Pais, por serem meu alicerce, meus exemplos de caráter, de simplicidade e de força. Aos meus irmãos, pelo incentivo e pelo reconhecimento.

À minha orientadora Marília, ou melhor dizendo, “Mãerília”. Palavras não serão suficiente para agradecer o quão grandiosa você é. MINHA orientadora.... Definitivamente, este trabalho não seria possível se não fosse com você. Obrigada por sempre me acolher e principalmente, entender meus momentos.

À minha coorientadora, Palloma, que tem um significado em minha vida, em minha profissão antes mesmo desta dissertação. Por você, hoje sou enfermeira. Tive o imenso prazer e alegria de ter compartilhado com você, essa minha gratidão. E busco sempre seguir seu exemplo.

Aos meu amigos e amigas, irei citar meus grupos de Whats, não como forma fria de agradecimento, mas para ressignificar, principalmente o que foi passar por essa Pandemia longe dos encontros, dos aconchegos, dos abraços, das melhores companhias.... Então vamos lá... Ao grupo Esconde-Esconde (Rosinelle e Thiago) – representam minha essência, lembranças de um passado e de um presente delicioso em nossos encontros. A amizade é tudo real oficial. Ao grupo Trio Ternura (Pâmela e Pollyanna) – como amadurecemos e como nossa amizade significa o infinito de grandiosidades, parceria, força, e como o WiFi nos ajudou né migas... Ao grupo As melhores parte 2 (Luany, Nayara, Patrícia, Samara, Tamiris) – uma extensão de lembranças e parcerias de uma panelinha adorável da facul. Ao grupo Glasgow 14 (Bianca, Nathália e Nayara) – não entrarei em detalhes para explicar o título do grupo, ahahah. mas a representatividade, amizade, amor, é maior que tudo. Ao grupo Trabalho & Terapia (Fabrícia e Samara) – sem palavras para descrever esse grupo, falamos o dia todo, de assunto de A a 123... Eu e as gemêas (unidas por mim, claro), amor e amizade nos define. Ao grupo Trio Opalinha V8 (Alessandra e Bianca) – para grandes entendedores sobre o consumo de combustível deste veículo, ahahha... Nossa ligação pelo amor a vida e em viver momentos, nos permite uma ligação que trasncede nossas expectativas. Ao grupo Miga sua Louca (Cristiane e Thaísa) – é a prova que sim, podemos construir lindas amizades e parcerias em ambientes de estresse ou de trabalho, ou os dois juntos. Aos meus amigos que não estão em

grupos mas que tem lugar no meu coração que nem...Janaína – minha bela afilhada de crisma e linda amiga, que tem os mais belos e engraçados comentários; Elana – a flor de Liz que me coloca para frente e que sempre me zoa quando falo “QuandoPensaQueNão”; Maryane – minha florzinha, passamos os maiores perrengues no Internato Rural e minha dupla de procrastinação, ahahaha; e Cristiane - de prof de Inglês, à comentarista de BBB – ops, amiga real oficial...hahaha... Érica – amiga para vida... Simplesmente vocês representam muito para mim, amos vocês. A minha coaching, Sharlene, que nessa etapa final contribuiu profundamente com esse fechamento entre outras questões, mas principalmente quando me deu um UP para ressignificar minha carreira profissional.

Aos meus ex colegas de trabalho da incrível Hemodinâmica & Métodos Gráficos. Obrigada por tudo e principalmente pela parceria de sempre, pelas trocas de experiências; as Ana's por sempre serem essas gracinhas de companhias de bate papo e risadas.

À instituição de estudo e aos profissionais que participaram deste processo, obrigada por aceitarem a pesquisa, por participarem das entrevistas e obrigada pela disponibilidade.

Ao NUPAE, núcleo de pesquisa, mas mais precisamente às Marilets, grupo das orientandas de Marília. Em especial Marininha, minha duplinha do mestrado, haha.

E a querida UFMG – Escola de Enfermagem, que sempre se fez presente na minha formação desde a graduação.

Enfim, GRATIDÃO!!!

RESUMO

SILVA, V. C. **Riscos assistenciais na perspectiva dos profissionais de um Centro de Diagnóstico por Imagem de um Hospital de Grande Porte.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

A qualidade da assistência à saúde em diferentes organizações e níveis de complexidade vem tendo um destaque no mundo inteiro. Para buscar melhorias na qualidade da assistência e segurança do paciente, tornar importante a discussão da gestão de riscos e sua implantação nas instituições. Considerando a exposição dos pacientes aos riscos presentes no contexto hospitalar, é importante que os profissionais os identifiquem a fim de mitigá-los. A percepção é a primeira etapa do gerenciamento de risco, porém é necessário aceitar que ele existe e que resultar em um incidente. Assim, a percepção de risco pelos profissionais pode contribuir para a implementação de medidas para mitigá-los. O estudo teve como objetivo geral analisar a percepção dos profissionais de um Centro de Diagnóstico de Imagem (CDI) sobre os riscos assistenciais. Como objetivos específicos: identificar os riscos assistenciais no ambiente de trabalho do CDI na perspectiva dos profissionais; identificar ações implementadas pelos profissionais que favorecem a mitigação dos riscos assistenciais. Trata-se de um estudo de caso único de abordagem qualitativa, realizado no Centro de Diagnóstico por Imagem de um Hospital de grande porte. Participaram da pesquisa 31 profissionais do setor, incluindo equipe administrativa e assistencial. Os dados foram coletados por meio de análise documental e entrevistas individuais com roteiro semiestruturado. As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido sobre a pesquisa. A partir da organização dos dados e da revisão da literatura emergiram três categorias: Percepção de risco assistencial por profissionais de saúde do Centro de Diagnóstico por Imagem; Ações para mitigação dos riscos assistenciais e contribuições para prevenção de eventos adversos; Efeitos da Pandemia no Centro de Diagnóstico por Imagem. A primeira categoria descreve os riscos percebidos pelos profissionais, tais como: risco de quedas; riscos relacionados a erros de diagnóstico e erros de medicações; riscos de identificação do paciente e de transferência do cuidado; riscos relacionados à exposição à radiação; administração e reação ao contraste e relacionado ao dano renal. Na segunda categoria foram pontuadas as ações que favorecem a mitigação dos riscos assistenciais: treinamentos; comunicação; protocolos e termos de consentimentos; estrutura física; experiência profissional e coordenação. Na terceira categoria discute-se os efeitos da Pandemia no Centro de Diagnóstico por Imagem, destacando-

se: o reforço da higienização das mãos; uso de equipamentos de proteção individual, higienização dos aparelhos, adaptação do fluxo de pacientes e rotina de prevenção do COVID-19. Conclui-se que é importante conhecer a percepção dos profissionais sobre os riscos presentes, além da necessidade de identificá-los, uma vez que sua mitigação só é possível se houver conhecimento deles.

Palavras-chaves: segurança do paciente; avaliação de risco e mitigação; risco à saúde humana.

ABSTRACT

SILVA, V. C. **Care risks from the perspective of professionals at a Diagnostic Imaging Center of a Large Hospital.** Dissertation (Masters) – School of Nursing. Department of Applied, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

The quality of health care in different organizations and levels of complexity has been highlighted worldwide. To seek improvements in the quality of care and patient safety, it is important to discuss risk management and its implementation in institutions. Considering the exposure of patients to the risks present in the hospital context, it is important that professionals identify them in order to mitigate them. Awareness is the first step in risk management, but it is necessary to accept that it exists and that it will result in an incident. Thus, the perception of risk by professionals can contribute to the implementation of measures to mitigate them. The general objective of the study was to analyze the perception of professionals from an Image Diagnosis Center (ICD) on care risks. As specific objectives: to identify assistance risks in the work environment of the CDI from the perspective of professionals; identify actions implemented by professionals that favor the mitigation of care risks. This is a single case study with a qualitative approach, carried out at the Diagnostic Imaging Center of a large hospital. Thirty-one professionals from the sector participated in the research, including administrative and care staff. Data were collected through document analysis and individual interviews with a semi-structured script. The interviews were carried out in a private environment, after signing the Informed Consent Form about the research. From the organization of the data and the literature review, three categories emerged: Perception of care risk by health professionals from the Diagnostic Imaging Center; Actions to mitigate healthcare risks and contributions to the prevention of adverse events; Effects of the Pandemic in the Diagnostic Imaging Center. The first category describes the risks perceived by professionals, such as: risk of falls; risks related to diagnostic errors and medication errors; risks of patient identification and transfer of care; risks related to radiation exposure; administration and reaction to contrast and related to kidney damage. In the second category, the actions that favor the mitigation of care risks were scored: training; Communication; consent protocols and terms; physical structure; professional experience and coordination. In the third category, the effects of the Pandemic in the Diagnostic Imaging Center are discussed, highlighting: the reinforcement of hand hygiene; use of personal protective equipment, equipment hygiene, adaptation of patient flow and COVID-19 prevention routine. It is concluded that it is important to know the perception of professionals about the risks present, in addition to the need to identify them, since their mitigation is only possible if

there is knowledge of them.

Keywords: Patient Safety; Risk Evaluation and Mitigation; Health Risk.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos participantes da pesquisa.....	26
---	----

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDI	Centro de Diagnóstico de Imagem
EA	Eventos Adversos
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HMDCC	Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
NEWS	<i>National Early Warnins Scores</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 Qualidade em serviços de saúde e segurança do paciente.....	18
3.2 Centros de Diagnóstico e Imagem.....	21
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	24
4.1 Tipo de Estudo	24
4.2 Cenário de Estudo	24
4.3 Participantes do estudo	25
4.4 Coleta de dados	27
4.5 Análise dos dados.....	28
4.6 Aspectos éticos.....	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 Categoria 1 - Percepção de risco assistencial por profissionais de saúde.....	30
5.2 Categoria 2 – Ações para mitigação dos riscos assistenciais e contribuições para prevenção de eventos adversos	40
5.3 Categoria 3 – Efeitos da Pandemia no Centro de Diagnóstico por Imagem.....	45
6 CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS	52
GLOSSÁRIO.....	63
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	65
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	66
ANEXO I - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	67
ANEXO II - PARECER DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA... 	71
ANEXO III - CARTA DE ANUÊNCIA.....	76

APRESENTAÇÃO

Há algum tempo atrás, quando trabalhava como Técnica em Patologia Clínica, tive meu primeiro contato com a qualidade. O hospital para o qual o laboratório prestava serviços, estava em processo de acreditação. Foi um período de grande aprendizado e desafios, e foi ali que uma sementinha foi plantada.

Foi durante esse período que conheci minha primeira referência, aliás, foi na verdade meu maior incentivo para ser Enfermeira! Palloma, hoje é minha coorientadora. Ao sair deste serviço, iniciei meu processo de preparação para o vestibular da UFMG e estava decidida, ser Enfermeira. E foi tudo caminhando conforme o esperado.

Ingressei na turma 119 na Escola de Enfermagem – UFMG. Na disciplina de bioestatística, o primeiro trabalho, apresentei as áreas da enfermagem que envolvem bioestatística, tema principal – indicadores. Primeiro pensamento – relacionar os indicadores e a acreditação hospitalar. De forma bem simples, apresentei para turma, falando brevemente sobre acreditação hospitalar e indicadores.

No quinto período da graduação entrei para o Núcleo de Pesquisa em Administração e Enfermagem, como bolsista de Iniciação Científica da Prof^ª Dr^ª Marília Alves. Primeira temática, Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, com Thais. O olho chegava a brilhar. E depois, com Helen, sobre segurança do paciente. Aí sim, aquela sementinha lá de trás foi sendo regada. Muitos trabalhos apresentados. Final da graduação chegando e meu coração dividido.... Quero seguir a docência, mas também quero assistência... Mas uai, as duas ‘andam’ juntas. Mas e a prática? Minha inserção nos estágios me deixou louca de vontade em fazer a ‘tal residência’ que tantos falavam. No internato rural, conheci o médico Rodrigo, hoje um grande amigo, que falava constantemente ‘faz residência’, ‘faz residência de cardiologia’, ‘você já gosta de cardio, faz residência’. E aquele coração dividido estava fazendo uma escolha.

Eis que retorno do internato... Trabalho de conclusão de curso encaminhando, todo mundo do Núcleo perguntando: ‘e o mestrado Valéria?’. E eu ainda sem respostas.

E em um belo dia, Marília com sua percepção sagaz, fala: ‘você vai ser uma ótima enfermeira clínica, faz residência primeiro’. As vezes o que nunca havia comentado, deixava transparecer de alguma forma que foi bem perceptível por ela. Então fiz o processo seletivo e passei para fazer residência em Saúde Cardiovascular no Hospital das Clínicas. E como amei essa experiência. E após um ano, voltei e ingressei no mestrado.

Foi um período longo, cheio de desafios. Sai de um trabalho, pois estava em dois. Havia um grande desafio, a escolha do objeto de estudo. Complexa a escolha, mas até então achava

que fazia super sentido para mim. Mas estudar riscos fez mais sentido para mim quando estive do outro lado... meu pai internado, eu e minha família dividindo os momentos como acompanhante. E meu pai entrando para infelizes estatísticas diárias em 39 dias de internação. Enfim, a alta, Ano Novo em casa (uhuull). Como foi difícil nesse período acreditar que tudo que estava estudando fazia sentido na prática.

E depois, graças à Deus, sempre, e com muito estudo, o sentido e o significado deste estudo ganharam concretude, e meu desejo maior é poder, a partir deste estudo contribuir com a prática nas instituições de saúde.

1 INTRODUÇÃO

As Organizações de Saúde, em especial os hospitais, cada vez mais têm se preocupado com a qualidade dos serviços prestados, promovendo um atendimento de qualidade e com segurança (FRAGATA; MARTINS, 2008). A qualidade na assistência ao paciente nos serviços de saúde tem sido discutida a fim de assegurar que o cuidado prestado ocorra de forma eficaz e eficiente, livre de erros ou falhas (BRASIL, 2011), em instituições públicas e privadas. Neste estudo, tem-se como foco a percepção dos profissionais de um Centro de Diagnóstico de Imagem (CDI) de um hospital público do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os riscos assistenciais.

A inclusão e aprimoramento de novas tecnologias e inovação nas diferentes formas de gestão dos serviços de saúde têm promovido resultados seguros e de qualidade (BRAND *et al.*, 2011). Entre as medidas, a adoção da gestão de riscos tem favorecido ações voltadas para minimizá-los, evitando os eventos adversos (EA) e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No entanto, alguns serviços hospitalares, quando submetidos a processos avaliativos, têm se deparado com questões não resolvidas. Como por exemplo, o (re)conhecimento dos riscos e sua gestão, uso de ferramentas e o entendimento da cultura organizacional, entre outros, que precedem as avaliações, exigindo a identificação de situações que possam comprometer a segurança do paciente.

Torna-se importante ressaltar que, em hospitais, o paciente está exposto a um elevado número de riscos, nos diferentes setores, o que faz com que se preocupem com atendimentos ancorados na segurança do paciente. No entanto, mesmo que os profissionais reconheçam alguns riscos, há dificuldades em registrá-los e, conseqüentemente, adotar medidas preventivas. Nessa perspectiva, a gestão de riscos ganha destaque ao possibilitar à organização minimizar as perdas e maximizar as oportunidades (FASSINI; HAHN, 2012; GONÇALVES, 2012). Como primeira ação, são necessários o mapeamento e listagem dos riscos, fase em que a percepção dos profissionais é essencial.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aborda que a gestão do risco “está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança, que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde”. Cedraz *et al.*, (2018) afirmam que o gerenciamento de riscos é essencial à segurança do paciente e resulta em um trabalho complexo, de diferentes aspectos da prática profissional, relevantes para oferecer qualidade na assistência à saúde.

Considerando as instituições de saúde como local onde há inúmeros riscos, é responsabilidade dos profissionais identificá-los e garantir a segurança do paciente, agindo sobre os riscos identificados a fim de evitar ou minimizar as intercorrências ou a ocorrência dos incidentes relacionados à assistência à saúde (FASSINI; HAHN, 2012).

Nas organizações de saúde, é importante identificar os riscos aos quais o paciente está exposto a fim de preveni-los, e, após essa identificação, analisá-los e propor ações preventivas. Ao analisá-los, deve-se estimar os fatores que interferem na segurança e os potenciais danos que podem acometer o paciente (DIAS *et al.*, 2007). O mapeamento de risco é um exemplo de abordagem de avaliação, no qual se identificam suas origens e as estratégias que podem preveni-los, a fim de reduzir os riscos presentes na instituição (ROSA; PERINI, 2003).

Os conceitos relacionados ao risco têm em comum a estimativa de probabilidade para a ocorrência de um evento negativo, a magnitude de suas consequências e a incerteza (ABNT, 2018; PRICEWATERHOUSECOOPERS LLP, 2007).

Para melhor compreensão deste estudo, torna-se necessário explicitar alguns termos técnicos empregados. O termo risco é entendido como a probabilidade de um incidente ocorrer (WHO, 2008) ou um fato incerto, sendo ele positivo ou não, que, ao ocorrer, pode alterar os resultados obtidos por uma organização (FNQ, 2014).

Feldman (2008) faz um desdobramento de riscos, trazendo que Riscos Assistenciais são provenientes das situações que envolvam a dinâmica dos cuidados durante a internação ou período de permanência do cliente no hospital. Silva (2012) acrescenta que Riscos Assistenciais são os riscos decorrentes das atividades relacionadas à assistência à saúde aos pacientes pela organização prestadora de serviços de saúde, podendo estar relacionados aos equipamentos médico-hospitalares, aos produtos utilizados ou a prestação dos serviços em si. Neste estudo, será utilizada a abordagem de Feldman (2008), por ter como foco situações que envolvam os cuidados durante a internação, exames ou período de permanência do cliente no hospital. Para Santos et al (2017 p.80), também, risco assistencial “é definido como os riscos provenientes da prestação dos serviços aos usuários dos serviços de saúde, no que diz respeito à aplicação dos procedimentos prescritos e realizados pela equipe de saúde”.

Ressalta-se que com a incorporação de novas tecnologias, recursos e complexidade das atividades assistenciais, as ações na área de saúde têm se tornado mais complexas e passíveis de riscos, podendo contribuir para erros, danos ou perda pessoal, material, moral, patrimonial e de prestígio da organização (SIQUEIRA *et al.*, 2015).

Feldman (2008) afirma que a gestão de riscos é uma das principais estratégias de gestão para identificar oportunidades e utilizá-las para melhorar o desempenho dos serviços de saúde

e deve ser realizada de maneira sistemática e aplicada a todos os profissionais de todas as funções e setores da organização. Com isso, deve abranger todos os profissionais envolvidos no cuidado, fundamentado na perspectiva da multidisciplinaridade, da gestão da qualidade e gestão de riscos (MELO *et al.*, 2012).

Grande parte dos eventos ou incidentes são evitáveis caso haja uma adequada gestão de riscos nas instituições, ou mesmo nas unidades assistenciais. Com isso, emerge a gestão de riscos como meio de estabelecer estratégias para que se possa realizar um controle de riscos por meio da implementação de medidas de prevenção a fim de evitar que estes se tornem danos ou incidentes na assistência à saúde (FASSINI; HAHN, 2012). Porém, nem todas as organizações realizam a gestão de riscos em sua totalidade, podendo ser encontrada em alguns setores ou não ser sistemática, ou seja, apenas parcialmente utilizada.

Compreender a relação entre os riscos e características dos cuidados à saúde pode contribuir para melhoria da assistência (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Neste sentido, optou-se por realizar o estudo em um CDI, de um hospital público do SUS, considerando a variedade de exames realizados em pacientes de diferentes especialidades clínicas e unidades assistenciais, assim como externos, proveniente de ambulatorios. Os pacientes, independente de sua origem e gravidade, estão expostos a riscos assistenciais como reações alérgicas a medicamentos, quedas, entre outros, nos procedimentos diagnósticos que, muitas vezes, não são descritos ou notificados (BRASIL, 2014).

Além disso, a segurança do paciente só será possível quando as intervenções planejadas solucionarem as verdadeiras causas da ocorrência dos riscos, o que permite focar nos programas de prevenções (SMITS, 2009). Dessa forma, para focar nos programas de prevenção, se faz necessária a identificação e compreensão dos riscos para que se possa trabalhar na sua mitigação e controle, utilizando, principalmente, a percepção dos trabalhadores.

Considerando as dificuldades em realizar a gestão de riscos devido à falta de políticas institucionais e envolvimento das equipes em aspectos relacionados à segurança do paciente e desconhecimento dos riscos existentes, questiona-se: qual a percepção dos profissionais de um CDI quanto aos riscos assistenciais presentes em seu ambiente de trabalho?

E, considerando o conceito de Riscos Assistenciais, busca-se, neste estudo, evidenciar a percepção de situações que envolvam a dinâmica dos cuidados durante a assistência no CDI. Segundo a ISO 31.000 (2018), a percepção é um fator sempre presente que necessita ser considerada quando ocorrer, por exemplo, a comunicação e consulta sobre riscos (ABNT, 2018).

O propósito da comunicação e consulta é auxiliar as partes interessadas pertinentes na compreensão do risco, na base sobre a qual decisões são tomadas e nas razões pelas quais ações específicas são requeridas. A comunicação busca promover a conscientização e o entendimento do risco, enquanto a consulta envolve obter retorno e informação para auxiliar a tomada de decisão. (ABNT, 2018, p. 10).

A percepção do risco é um termo utilizado para referir o conhecimento e sentimento associados a uma situação ou a um conjunto de circunstâncias. A percepção individual do risco assemelha-se a um antecedente crítico do comportamento de risco. A maneira como os profissionais percebem os riscos em seu ambiente de trabalho colabora para uma melhor compreensão e, conseqüentemente, para melhor gestão dos riscos (AREZES, 2006).

Assim, como primeiro passo desta investigação, tem-se como objeto de estudo a percepção de riscos assistenciais pelos profissionais em um CDI. Optou-se por realizar o estudo no CDI, considerando que há escassez de estudos relacionando o setor como parte de um serviço que presta assistência ao paciente. E, culturalmente, percebe-se que as unidades hospitalares tendem a considerar o CDI como prestador de serviço externo à unidade e não como um setor onde há cuidados assistenciais.

Estudos sobre CDI's são importantes tendo em vista que são unidades abertas e com diferentes rotinas de trabalho e riscos de naturezas diversas. Além disso, a cada dia novas tecnologias são incorporadas trazendo mudanças, exigindo capacitação da equipe e a exigência de uma assistência de qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos profissionais de um Centro de Diagnóstico de Imagem sobre os riscos assistenciais.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os riscos assistenciais no ambiente de trabalho do CDI na perspectiva dos profissionais;
- Identificar ações implementadas pelos profissionais que favorecem a mitigação dos riscos assistenciais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Qualidade em serviços de saúde e segurança do paciente

O tema ‘qualidade na saúde’ e ‘segurança do paciente’ já era mencionado nos escritos de Hipócrates, sem ser utilizado essas nomenclaturas. Considerado como o “pai da medicina”, Hipócrates (460 a.C. – 377 a. C.), foi um médico grego, e o iniciador da observação clínica desde a Antiguidade. Sua frase “*Primum Non Nocere*” ou ‘primeiro não causar dano’, significa que a assistência ao paciente não deveria gerar danos aos indivíduos doentes (BUENO e FASSARELLA, 2012; TRAVASSOS, 2014).

Na linha do tempo sobre História da Qualidade na Saúde e Segurança do Paciente, não podemos deixar de citar outro nome após Hipócrates, como de Ignaz Semmelweis. Médico húngaro, em 1846, preocupado com a mortalidade por febre puerperal ou pós-parto, observou e teve como hipótese que a prática da higienização das mãos poderia reduzir o número de mortes relacionados a febre puerperal (BRASIL, 2009).

Mesmo após comprovação da sua hipótese, com a redução da mortalidade de mulheres pós-parto, foi alvo de contestação, sendo mais tarde, com o início dos estudos na Bacteriologia, ganhou mais notoriedade (BRASIL, 2009).

A partir de 1854, na guerra da Crimeia, emergiu um nome também importante para a história da qualidade. Florence Nightingale, enfermeira, responsável por diminuir a taxa de mortalidade entre os soldados ingleses de 42,7% para 2,2% em seis meses. Reforçando que o meio ambiente, todas as condições desse meio, pode influenciar o processo de saúde, inclusive de recuperação (BEZERRA; et. al., 2018; COSTA; et. al., 2019).

Anos depois, Florence ganhou reconhecimento não somente como precursora da Enfermagem como também criadora da Teoria Ambientalista. Sua teoria reforça que o ambiente influencia diretamente a recuperação do paciente, e preconiza que os fatores ideais para a organização do ambiente são: ventilação, iluminação, limpeza, ruídos, odores e alimentação (MARTINS; LINCOLN, 2016; BEZERRA; et. al., 2018).

Antes da criação de organizações de acreditação, a ideia de sistematizar a qualidade do atendimento médico-hospitalar já era abordado por um cirurgião americano Ernest Codman. Ele publicou os primeiros trabalhos sobre a importância de garantir a qualidade dos resultados das intervenções e procedimentos médicos desenvolvendo um sistema de padronização hospitalar, sendo um pilar para construção do prontuário do paciente (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Em 1918, através de um documento publicado pelo Colégio Americano de Cirurgiões intitulado de *'Standard of Efficiency'* sendo o protótipo dos programas de acreditação hospitalar. Preconizava organização do corpo clínico, padronização dos prontuários, disponibilidade de equipamentos (ZANON, 2001).

Tal documento, serviu como instrumento para avaliação dos hospitais americanos na época, sendo que somente 13% dos hospitais atingiram os padrões descritos no *'Standard of Efficiency'*. Com isso, iniciou uma reestruturação do sistema de assistência à saúde que repercutiu até hoje (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Em 1950, com o aumento da demanda por avaliações das instituições hospitalares, e com o agrupamento do *'American College of Physicians'*, a *'American Hospital Association'*, a *'American Medical Association'* e a *'Canadian Medical Association'*, se juntaram ao Colégio Americano de Cirurgiões, em 1951, criando a *'Joint Commission of Accreditation of Hospitals'* (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015; ZANON, 2001).

Outro nome importante na história da qualidade foi Avedis Donabedian, médico e pesquisador, se destacou nos estudos da qualidade. Criou um sistema de avaliação qualitativo de sistemas de saúde. Denominada de Tríade de Donabedian, ele defendia que a avaliação da qualidade se sustentava em três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura apoia a execução do processo, e o processo é executado para gerar resultado (RODRIGUES; et. al, 2011).

Um marco mundial importante para Segurança do Paciente foi após a publicação do Relatório em 1999 *'To err is human: Building a safer Health system'*, ou *'Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro'*. Um estudo retrospectivo de avaliação de prontuários de 3 cidades dos Estados Unidos da América, a fim de avaliar a incidência de eventos adversos. Após a conclusão do estudo, foi publicado o relatório onde relatava a alta taxa de mortalidade nos hospitais ocasionada por erros na assistência à saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

A partir desta publicação, iniciou-se uma nova abordagem que seria necessário repensar os processos assistenciais, a fim de antecipar a ocorrência dos erros antes que estes, causem danos aos pacientes nas instituições de assistência à saúde. Assim, já que o erro é uma condição inerente ao ser humano, deve-se então, conhecer, aprender para prevenir os erros nos serviços de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

Várias discussões emergem após a publicação de relatório, quando em 2004, a Organização Mundial de Saúde cria a *'World Alliance for Patient Safety'*, com o objetivo em despertar a consciência e o comprometimento para melhorar a segurança na assistência

(OLINDA; et. al., 2019).

Com o intuito de organizar conceitos e definições sobre segurança do paciente – Classificação Internacional de Segurança do Paciente; propor medidas para redução de riscos e mitigação dos eventos adversos; estímulos a ações como: evitar erros de medicações, evitar troca de paciente, comunicação eficaz, controle de soluções eletrolíticas concentradas (OLINDA; et. al, 2019).

No Brasil – Belo Horizonte, em 2006, aconteceu o Primeiro Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação. Entre 2008 e 2009, um dos pontos centrais estabelecidos pela agenda do programa da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, foi a inclusão do paciente em sugestões para sua própria segurança. Dessarte, criou-se o Programa Pacientes para Segurança do Paciente, com o principal intuito de tornar o paciente mais ativo na sua recuperação, contribuindo com informações importantes para sua segurança e assim melhorando a qualidade dos serviços prestados por profissionais da assistência (BRASIL, 2013).

Contudo, a preocupação com a segurança do paciente vem desde outubro de 2004, quando a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi criada pela OMS. Tendo abrangência global e visando coordenar, disseminar e acelerar melhorias na segurança do paciente. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente tem como principal proposta instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Em 2011, foi criado pelo Ministério da Saúde, o “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”. Programa que propunha um incentivo financeiro variável aos municípios com valor associado aos resultados alcançados pelas equipes e pelos municípios (BRASIL, 2013).

E em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de contribuir com a qualidade e segurança da assistência prestada. Esse programa partiu dos protocolos básicos, elaborados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2013). O PNSP propõe também um conjunto de medidas para prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde que podem acarretar dano desnecessário para o paciente (BRASIL, 2013).

Mesmo com os programas instituídos, estes não têm sido suficientes para estimular o olhar crítico para a segurança do paciente, com o estabelecimento de metas específicas para prevenir eventos adversos evitáveis, erros e riscos assistenciais continuam como grandes desafios para a segurança do paciente no mundo (BRASIL, 2014).

Segundo a OMS, a segurança do paciente é essencial para fornecer serviços de saúde de qualidade, ou seja, eficazes, seguros e centrados nas pessoas. Além disso, os serviços de saúde devem ser prestados de maneira oportuna, equitativa, integrada e eficiente. Para garantir a execução das estratégias de segurança, são necessários políticas claras, liderança, dados para impulsionar melhorias, profissionais de saúde qualificados e envolvimento do paciente em seus cuidados (OMS, 2019).

3.2 Centros de Diagnóstico e Imagem

Segundo Vidigal (2010), as unidades de radiologia demandam maior qualidade dos seus serviços com o menor risco ao paciente, embora erros e acidentes aconteçam. Ressalta, ainda, que, para os serviços de radiologia se desenvolverem, é importante priorizar a cultura da qualidade, desenvolvendo um sistema de gestão que envolva toda a organização.

Conforme Macedo e Rodrigues (2009), nas organizações saúde, inclusive na radiologia, a gestão da qualidade e de melhoria contínua já fazem parte do dia a dia. As organizações prestadoras de serviços de saúde são concebidas para atender às necessidades dos pacientes, atuando com qualidade, excelência e eficiência. Os serviços de radiologia, por serem serviços constantemente utilizados por grande número de pacientes, devem ter esta filosofia presente.

Os serviços de radiologia se tornam de grande importância em instituições hospitalares por serem um setor altamente especializado com equipamentos de tecnologias avançadas e determinam, inúmeras vezes, o diagnóstico de uma doença de forma precoce e precisa, podendo direcionar a conduta no tratamento, auxiliando a equipe multiprofissional na tomada de decisões para o sucesso terapêutico (QUEIROZ *et al.*, 2011).

O CDI é um setor dinâmico no qual os profissionais recebem e prestam assistência aos pacientes de diferentes especialidades clínicas e unidades assistenciais. A população atendida nestes serviços varia desde um perfil ambulatorial a pacientes provenientes de Unidades de Terapia Intensiva. Os pacientes, independentemente de sua origem e gravidade, durante a fase diagnóstica com exames de imagem, estão expostos a riscos assistenciais que, muitas vezes, são descritos isoladamente pela radiologia, sem articular sua situação com tratamentos ambulatoriais, de urgência ou de internação.

Entre os riscos que podem ocorrer no CDI, destacam-se perda de acessos (centrais ou periféricos); queda; falhas no processo de identificação do paciente; preparo inadequado para realização do exame; reações imediatas ou complicações relacionadas ao uso de contraste;

exposição à radiação; acidente relacionado a problemas com equipamentos; erros de softwares como dados perdidos de pacientes, problemas na formação ou reconstrução da imagem; erros do operador dos aparelhos, como troca de dados entre os pacientes ou inclusão de dados em outro paciente (SOUSA; MENDES, 2014).

Esta descrição agrupada dos possíveis riscos são decorrentes da experiência da pesquisadora e de conversas informais com profissionais da área e que serão abordados na análise dos relatos, quando e se aparecerem. E, ainda, riscos descritos na literatura por tipo, em publicações especializadas, de acordo com áreas, como radiação, acessos e outros (NAVARRO, 2009). Devido à grande diversidade de especialidades clínicas ou cirúrgicas e complexidade das atividades desenvolvidas, é necessário que os profissionais estejam treinados e capacitados e tenham conhecimento dos riscos assistenciais que os paciente estão susceptíveis, para que se possa implementar ações a fim de controlar os riscos e, assim, prevenir os eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

Nesse sentido, a Segurança do Paciente se destaca como o princípio fundamental para o cuidado em saúde, um componente crítico da melhoria da qualidade do cuidado nas organizações, sendo um importante indicador da qualidade dos serviços prestados (DUARTE *et al.*, 2018).

A segurança do paciente nos CDIs deve ser descrita, mapeada, executada e avaliada para mitigar os danos evitáveis aos pacientes e a seus acompanhantes/familiares. No Brasil, tem sido crescente o controle de riscos em radiodiagnóstico. Contudo, os estudos têm sido centrados em avaliar, especialmente, o desempenho de equipamentos e suas tecnologias, não tratando as questões relativas aos procedimentos. Por isso, se faz necessário desenvolver um conjunto de ações de controle dos riscos à saúde relacionados a produtos e serviços (ACAUAN *et al.*, 2014; NAVARRO *et al.*, 2010).

Devido ao uso de altas tecnologias, nos CDIs, há uso de diversos equipamentos e, com isso, fazem-se necessários o controle de qualidade, a manutenção preventiva e corretiva com determinado tempo de utilização para que haja diminuição de riscos e prevenção de danos relacionados a equipamentos (ACAUAN *et al.*, 2014).

A partir disso, a Engenharia Clínica emerge como importante parceiro, também, para contribuir com o controle de riscos assistenciais nos CDIs. Com o uso frequente dos equipamentos médico-hospitalares nos CDIs, há um risco aumentado de incidentes frequentes, podendo causar eventos adversos, muitas vezes irreversíveis (WHO, 2006).

Ressalta-se que, durante a pandemia do coronavírus, várias adaptações tiveram que ser feitas em todos os serviços de saúde, incluindo os serviços de diagnóstico e imagem. O Hospital

Universitário Antônio Pedro (HUAP), da Universidade Federal Fluminense, aponta as várias adequações na rotina de trabalho para que os processos se adequassem às recomendações das autoridades de saúde, visando à segurança. A radiologia foi um dos setores que necessitou de grandes mudanças na rotina, considerando que não cessou o trabalho durante a pandemia (EBSERH, 2021).

A radiologia vem atuando diretamente nos atendimentos de casos de coronavírus, tendo em vista que todo paciente com suspeita ou confirmação da doença precisa passar por um raio X ou tomografia computadorizada do tórax (TC), considerada o exame padrão-ouro.

Assim, tornaram-se necessárias no HUAP mudanças nas escalas de trabalho e treinamentos, limpeza, higienização das salas de acordo com as orientações sanitárias, paramentação e desparamentação dos técnicos, espaçamento entre atendimentos, aumentando consideravelmente o tempo de exames (EBSERH, 2021). Esta realidade pode ser considerada comum nos vários CDI do País e pode ser considerada semelhante no CDI do hospital estudado.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caso único de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa possibilita investigar determinada realidade social em sua subjetividade, visualizar o objeto de estudo considerando suas limitações, especificidade e as relações que o permeiam, permitindo analisá-lo e interpretá-lo (MINAYO, 2013).

O foco da pesquisa qualitativa não é estudar apenas o fenômeno, mas também entender seu significado para aqueles que o vivenciam. O significado tem função estruturante, uma vez que é baseado no que fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, vivências, sentimentos, ideias, significam; as pessoas moldam suas vidas e organizam suas ações (TURATO, 2005).

A pesquisa qualitativa não busca quantificar os processos da vida humana, mas explicar particularidades das relações sociais, essência e resultado das atividades humanas (MINAYO, 2013). Busca o entendimento de ligações entre elementos invisíveis ao olhar comum, pretendendo conhecer as vivências e representações dos sujeitos sobre suas experiências, na tentativa de entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta (TURATO, 2005).

Como delineamento metodológico, adotou-se o estudo de caso único. Segundo Yin (2015), o estudo de caso é utilizado em várias situações para o conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais e políticos. Além disso, favorece uma visão holística sobre os acontecimentos da vida real, investigando o fenômeno em profundidade, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são evidentes.

O estudo de caso por meio de abordagem qualitativa possibilita mapear, descrever e analisar o caso no seu contexto, as relações e as percepções sobre o fenômeno, o que contribui para o conhecimento das características importantes dos eventos vivenciados (YIN, 2015). A escolha deste método se justifica pois se trata de um fenômeno contemporâneo inserido em um determinado contexto.

4.2 Cenário de Estudo

O estudo foi realizado no CDI de um hospital de grande porte, com atendimento 100% SUS, em regime de parceria pública privada. O hospital possui 460 leitos, sendo referência para a Rede SUS e do estado de Minas Gerais no atendimento de alta complexidade nas seguintes especialidades: clínica médica, urologia, neurologia, neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia

geral e ortopedia (HMDCC, 2021).

O hospital possui completa estrutura para realização de exames de média e alta complexidade, tais como tomografia, biópsia guiada por imagem, endoscopia, colonoscopia, ecocardiografia, raio X, hemodinâmica e ultrassonografia. A regulação dos exames de imagem é feita pela Central de Marcação de Consultas e Exames da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Os pacientes necessitam de encaminhamento da Central de Internação do município que gerencia as vagas, ou seja, os pacientes vêm encaminhados das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou de hospitais da rede pública (HMDCC, 2021). O Hospital foi selecionado considerando alguns critérios, como o histórico de iniciativas com foco na melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente, a complexidade do Hospital por ser referência na Rede SUS-BH e do estado (HMDCC, 2021).

O CDI subdivide-se em três setores: Imagem, Endoscopia e Hemodinâmica. Realiza exames/procedimentos como tomografias, angiotomografias, raios X, ultrassons e *doppler*, ecocardiogramas, endoscopias, colonoscopias, coloangiopancreatografias retrógradas endoscópicas, gastrostomias, dilatações endoscópicas, ligaduras elásticas, procedimentos de diagnósticos da neurologia e vascular, procedimentos terapêuticos na área da neurorradiologia e endovascular e procedimentos da radiointervenção.

A imagenologia é um setor que funciona 24h nos sete dias da semana, atendendo demandas internas e externas (UPA) e pacientes regulados pela Secretaria Municipal de Saúde agendados de forma eletiva. Este estudo foi desenvolvido na unidade de Imagenologia, um dos três setores do CDI no hospital cenário de estudo, pois durante o período de pandemia manteve sua rotina de funcionamento sem diminuição do fluxo. Desse modo, foi necessário realizar adaptações de rotinas de trabalho devido à alta demanda de exames. Esta unidade possui 80 profissionais em seu quadro, sendo uma coordenadora, 17 médicos, dois enfermeiros, 18 técnicos em enfermagem, 41 técnicos de radiologia, um Analista de Sistema e oito profissionais administrativos/ recepcionistas.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram selecionados por meio de sorteio. Foram colocados todos os nomes dos profissionais que atendiam aos critérios de inclusão e abordados conforme sorteio.

O sorteio foi realizado da seguinte maneira: 1) Todos os profissionais que atendiam aos critérios de inclusão foram anotados os nomes em uma lista e separados por grupos, por suas

respectivas categorias profissionais – enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), médicos, administrativos (receptionistas, auxiliar administrativo e analista de sistemas), Radiologia (tecnólogo ou técnico de radiologia). 2) Inicou-se o sorteio por grupo, por exemplo, primeiro nome do grupo de enfermagem, segundo nome do grupo médicos, e assim por diante. Após término dos grupos, iniciava-se novamente um nome por grupo. 3) Abordava um profissional de cada grupo, por vez. Por exemplo: o primeiro nome sorteado da enfermagem, após abordagem, primeiro nome do próximo grupo, e assim por diante, até a saturação de dados.

Os participantes do estudo são descritos segundo as variáveis: sexo, idade, estado civil, categoria profissional e escolaridade que estão representados na Tabela 1 – Descrição dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Descrição dos participantes da pesquisa.

VARIÁVEIS	AMOSTRA
SEXO	
FEMININO	21
MASCULINO	10
IDADE	
20 A 29	5
30 A 39	10
40 A 49	12
50 A 59	3
60 A 69	1
ESTADO CIVIL	
SOLTEIRO	9
CASADO	14
UNIÃO ESTÁVEL	1
SEPARADO/DIVORCIADO	7
CATEGORIA PROFISSIONAL	
ADMINISTRATIVO, RECEPCIONISTA, ANALISTA DE INFORMAÇÃO	8
EQUIPE DE ENFERMAGEM	9
MÉDICOS	8
TÉCNICO OU TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA	6
ESCOLARIDADE	
CURSO SUPERIOR COMPLETO	16
CURSO SUPERIOR INCOMPLETO	3
ESPECIALIZAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i>	4
ESPECIALIZAÇÃO <i>LATO SENSU</i>	9

Fonte: dados da pesquisadora.

A escolha em separar por grupos de categorias profissionais, foi para contemplar uma variedade de entrevistados por categoria profissional, pois poderia em um sorteio, selecionar como foco duas categorias, por exemplo.

Houve três informantes-chaves, que não participaram do sorteio: coordenadora do setor, enfermeira responsável técnica e médico responsável técnico; para não ter a risco de não tê-los

no estudo, devido a possibilidade de eles não serem sorteados. Para Minayo (2013), a definição da amostra qualitativa deve privilegiar os sujeitos que detêm os atributos que pretende-se conhecer.

Participaram do estudo: 31 dos 80 profissionais da equipe multiprofissional de saúde e pessoal administrativo do CDI. Foram critérios de inclusão: estar lotado no setor e ter vivência superior a seis meses no CDI. Os critérios de exclusão foram: profissionais em gozo de férias ou afastados das atividades por motivo de doença ou licença no momento da coleta de dados.

Inicialmente, foi solicitada a autorização para a realização da pesquisa, apresentando seus objetivos e finalidade e solicitada a lista de profissionais do setor, da qual foram sorteados os possíveis participantes. Buscou-se a participação de pelo menos um representante de cada categoria, dos turnos diurno e noturno. A partir do sorteio, os profissionais foram contactados e esclarecidos sobre a pesquisa, bem como convidados a participar. Agendadas as entrevistas, estas foram realizadas em espaço privativo no local e horário de trabalho, de acordo com a disponibilidade dos profissionais e seguindo as recomendações da Instituição quanto ao uso de Equipamento de Proteção Individual – Máscara N95 (HMDCC, 2021).

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado e análise documental (MINAYO, 2013). As entrevistas foram encerradas obedecendo ao critério de saturação, quando nenhuma informação nova estava sendo acrescentada (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

A saturação de dados utilizada em pesquisas qualitativas permite cessar a inclusão de novos participantes quando as informações sobre o tema se tornam repetidas (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, mediante autorização dos entrevistados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permanecendo uma via com o participante e outra com o pesquisador.

A entrevista é uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações visando responder aos objetivos do estudo. O roteiro semiestruturado é norteador da entrevista com questões importantes para abordar o objeto de pesquisa, dando-lhe forma e facilitando a comunicação, com a finalidade de buscar a concepção dos fatos e relações, segundo percepção dos sujeitos (MINAYO, 2013).

No estudo de caso, a entrevista com roteiro semiestruturado merece atenção por ser uma

das mais importantes fontes de informações (YIN, 2015). Por meio da entrevista, é possível obter dados objetivos e subjetivos sendo que os valores e as reflexões do sujeito são imprescindíveis para responder aos questionamentos do estudo (MINAYO, 2013).

A análise documental, segundo Yin (2015), tem como objetivo coletar dados sobre eventos, a fim de corroborar e aumentar a evidência das entrevistas. Além disso, o uso de documentos possibilita maior precisão das informações do contexto histórico da instituição e contribui para enriquecer a análise.

Foram consultados documentos relacionados à história da Instituição, política de recursos humanos, protocolos institucionais e política do hospital em relação aos riscos assistenciais.

Houve duas recusas, além de quatro colaboradros que foram abordados e confirmaram que participariam do estudo, mas solicitaram voltar em outro momento. Após três tentativas com cada um deles, foi optado por não reabordagem.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016) para analisar as informações de diferentes fontes de dados, inclusive documentos. A análise procedeu seguindo as etapas de transcrições das entrevistas audiogravadas e seguindo para primeira fase, pré-análise, foi realizada leitura flutuante; escolha dos documentos a serem analisados e anotação de impressões iniciais para o processo de codificação, portanto, um primeiro contato com o conjunto do material da pesquisa. Na segunda fase, de exploração, foi realizada a leitura exaustiva do material, codificação e a decomposição dos dados em unidades de registro que foram agrupados por similaridade em categorias. E por último, tratamento e interpretação dos resultados.

A partir da organização dos dados e da revisão da literatura emergiram três categorias: 1 - Percepção de risco assistencial por profissionais do Centro de Diagnóstico por Imagem; 2 – Ações para mitigação dos riscos assistenciais e contribuições para prevenção de eventos adversos; 3 – Efeitos da Pandemia no CDI.

4.6 Aspectos éticos

O estudo atende aos preceitos éticos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao

Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), mediante carta da instituição autorizando a realização do estudo. Foi aprovado em Fevereiro/2021 pelo parecer nº4.554.636, CAAE 39248520.6.0000.5149 e a coleta de dados só ocorreu após a aprovação do projeto e sua entrega à instituição onde foi realizada a pesquisa, uma vez que o referido hospital ainda não possui comitê de ética.

O risco para participação da pesquisa foi mínimo e pôde estar relacionado ao desconforto ou constrangimento em responder algumas perguntas, sendo que o entrevistado teve o direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionassem constrangimentos e o direito de se retirar do estudo a qualquer momento sem prejuízos institucionais.

Os benefícios e a relevância deste estudo foi quanto a compreensão/reflexão sobre riscos que podem ocorrer no CDI. Espera-se oferecer subsídios à organização e aos profissionais com o levantamento da percepção de riscos como o primeiro passo para a gestão de riscos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira categoria refere-se à percepção dos profissionais sobre os riscos assistenciais.

5.1 Categoria 1 - Percepção de risco assistencial por profissionais de saúde do Centro de Diagnóstico por Imagem

A percepção dos profissionais acerca dos riscos no setor de imagem é um primeiro passo para adotar medidas para que não ocorra EA e é uma ferramenta estratégica para a segurança da assistência do paciente. A percepção de risco envolve a sensibilidade do trabalhador em suas ações rotineiras no ambiente hospitalar, que pode ser uma habilidade pessoal de observação, mas também pode ser desenvolvida a partir da capacitação da equipe e conscientização nas situações cotidianas de trabalho. A percepção de risco pode ser identificada em organizações privadas e do SUS, mesmo que as ações subsequentes possam ser diferentes.

Alguns relatos apontam uma visão geral dos riscos como “autoexplicativo” que vão sendo desdobrados ao longo dos relatos, como agrupamento de riscos, queda, respeito ao paciente e informações mais precisas sobre e para os pacientes.

O risco à assistência ao paciente é autoexplicativo. São todos os riscos que o paciente corre dentro do setor para no procedimento. Há riscos físicos, químicos, biológicos, queda, proteção de imagem, exames, medicação, tudo é risco assistencial. E28

Qualquer procedimento que possa gerar algum dano ao paciente, seja dano agudo, momentâneo ou seja um dano permanente. E18

Na rotina de trabalho sempre tem risco, porque todas as vezes que você lida com o paciente esta envolvendo o risco. E08

Risco é falta de atenção da gente, por exemplo, quando o paciente preenche e assina o termo de consentimento sem entender as perguntas, para nós e está ok. Para mim é um risco se eu não fizer a pergunta de novo se ele estiver consciente, preciso confirmar, porque às vezes ele não entendeu na hora de preencher. E22

A percepção de risco contribui para que o risco seja identificado, compreendido e tratado de acordo com critérios definidos pela organização, com a adoção de medidas, de forma sistematizada (ABNT, 2018). No CDI, o principal risco percebido por todos os profissionais foi

o risco de queda do paciente, embora outros como reação a contraste, identificação do paciente, radiação, exame realizado no paciente errado, erro de diagnóstico entre outros também foram percebidos.

Segundo as Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho nº 32 e nº 09 (BRASIL, 2005, 2014), os principais agentes físicos vistos no ambiente hospitalar são as pressões anormais, ruído, calor, radiações ionizantes e radiações não-ionizantes. Os relatos sobre riscos físicos, químicos e biológicos trazem uma visão ampla dos riscos. É pouco informativo, mas vai se desdobrando em quedas (mecânico), danos momentâneos ou permanentes (abrangência e gravidade do risco) e informações.

Além disso, relatos apontam o risco de o paciente assinar o termo de consentimento sem entender o que está assinando. Há dificuldades no entendimento do termo, que podem estar vinculadas à relação entre paciente e profissionais, com destaque para a comunicação deficiente que pode trazer prejuízos ao paciente, referentes a sua doença, e capacidade de opinar ou discutir o tratamento que está recebendo, em um momento de fragilidade. O desconhecimento pode comprometer a assistência e os profissionais, muitas vezes sentem-se mais inseguros (CASTRO *et al.*, 2020).

Neste estudo, foi possível detectar que a queda foi o principal risco percebido pelos profissionais. Dos 31 entrevistados, 29 perceberam a presença do risco de queda em seu ambiente de trabalho.

Queda ou perda de acesso, então pode ser um dano mínimo até um dano grave porque se o paciente cair da maca, tem a altura e tem suas consequências. E30

O que eu entendo de risco para o paciente é risco de queda. E22

Às vezes um chão molhado, grade abaixada, alguma coisa mais baixa pode bater a cabeça ou cair. E06

Muitas vezes o paciente fica um pouco sozinho e pode ocorrer o risco de queda, um pouquinho que você descuida. E24

Em relação às quedas, de acordo com a OMS (2007), essa é definida como vir inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos. E, ainda, que 28% a 35% de idosos com mais de 65 anos sofrem quedas a cada ano (MATA *et al.*, 2017). A queda pode resultar em algum dano físico, mental e social de pacientes internados nos serviços de saúde (BRASIL, 2013; MATA *et al.*, 2017). Estima-se que 424.000 quedas fatais ocorrem

mundialmente a cada ano, fazendo delas a segunda maior causa de morte não intencional depois dos acidentes de trânsito (WHO, 2012).

No ambiente hospitalar, há fatores relacionados à condição do paciente que favorecem a ocorrência deste evento, como idade, diagnóstico, condição de saúde, piora do quadro clínico, uso prolongado de determinadas medicações de risco para quedas (TIENSOLI *et al.*, 2019; WHO, 2007).

Um estudo realizado nos Estados Unidos aponta que a incidência de quedas no ambiente hospitalar ocorre em 22% dos pacientes internados (TUCKE *et al.*, 2012). Boletim publicado em 2017 pela Anvisa apontou que as quedas de pacientes representaram 5.892 casos em 2016, sendo o quarto incidente mais notificado. Deste total, 18 casos evoluíram a óbito (ANVISA, 2017).

Foi possível identificar situações relacionadas ao risco de queda da maca, chão molhado, grade abaixada e deixar o paciente sozinho em algum espaço. Tal percepção pode ter influência também pela abordagem da Instituição, em trabalhar as seis metas internacionais de segurança do paciente.

O hospital, vinculado ao SUS, está participando de um programa promovido pela Vigilância Sanitária, em parceria com o Grupo de Inovação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte, intitulado “Programa de desenvolvimento hospitalar – qualidade e segurança do paciente”. A participação é de caráter voluntário, deve preencher alguns pré-requisitos e tem como objetivo principal “fortalecer e ampliar o engajamento dos prestadores e profissionais de saúde afins nos métodos de prevenção, controle e tratativas de eventos infecciosos e não infecciosos e, em consequência, na barreira de proteção ao paciente.” (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019. p. 1).

Este programa na Instituição foi intitulado como Projeto Milhão, associação ao valor previsto para premiação que será fornecida à instituição vencedora, para ser utilizado em adaptações e/ou reformas de infraestrutura ou aquisição de equipamentos que estejam relacionadas com incrementos na segurança do paciente.

Há um *website* com informações sobre o projeto, de fácil acesso aos trabalhadores do hospital, onde é possível consulta rápida do projeto, dos protocolos assistenciais, *bundles* e das metas internacionais de segurança do paciente. Este *website* abre quando o profissional do hospital acessa a página da intranet da Instituição ou clica no *Google Chrome*, que automaticamente abre a página da Intranet e a página do Projeto Milhão. Além disso, há vistorias/ auditorias nos setores quanto às metas de segurança do paciente e seus objetivos. Esse projeto pode ter influenciado o destaque para o risco de quedas.

No hospital onde o estudo foi realizado, o paciente que possui risco de queda é identificado com uma pulseira azul ou uma etiqueta adesiva também na cor azul. Nas unidades assistenciais é aplicado um termo de consentimento ao paciente e/ou familiar comunicando o risco que o paciente tem de queda e formas para prevenção.

Há grande intervenções quanto a prevenção e ao entendimento deste risco, há mobilização nos setores para que não ocorra o evento da queda. Com isso, fica mais presente no dia-a-dia e na prática dos profissionais da instituição a prevenção desse risco.

No CDI, devido à grande rotatividade de pacientes que vão realizar exames ou fazer procedimentos, é colocada no paciente a pulseira de identificação com a etiqueta azul e realizada orientação verbal dos riscos de quedas.

Foi possível observar a interação principalmente da equipe administrativa, no momento da identificação do paciente. Este profissional administrativo, conforme instituído no protocolo institucional, é capaz de identificar o paciente com risco de quedas e assim, além da sinalização com uma bolinha adesiva azul, orienta o paciente e familiar quanto ao risco de queda que o paciente está exposto.

A percepção do risco de quedas relatada, relacionado a diversas situações, mostra o conhecimento e percepção dos profissionais com a existência do risco de queda e que podem ter consequências e levar a um EA.

Estudo sobre quedas realizado em um hospital universitário, por Alves *et al.* (2021), aponta que a qualidade dos cuidados e a segurança do paciente nos serviços de saúde têm gerado preocupação em todo o mundo, diante da ocorrência de EA. E, ainda, que a identificação de fatores de risco para quedas é importante, mas não o suficiente para um cuidado seguro. “Gerenciar processos exige interesse, organização e dedicação dos agentes envolvidos.” (ALVES *et al.*, 2021, p. 51).

O risco maior que eu vejo é quando o paciente desce para fazer o exame, muitas vezes sem acompanhante ou outras vezes a gente coloca o paciente no ultrassom e o deixa lá a espera do médico já aconteceu da gente pegar o paciente no chão, então eu vejo esses riscos. E04

No entanto, apesar do risco de quedas ser enfatizado, aparece associado a outros riscos como erro de diagnóstico e medicação. A percepção dos profissionais quanto à possibilidade de erro de diagnóstico para assistência ao paciente, reforça a importância do processo de diagnóstico, a fase de exames, às vezes considerada como serviço complementar e que está sempre presente nesse processo.

Para mim, risco é uma coisa importantíssima, tão importante quanto fechar o diagnóstico, acompanhar clinicamente, porque pode desencadear vários outros como uma queda, fratura, um sangramento cerebral. Às vezes o paciente veio por uma cefaleia, uma suspeita de AVC, não era, era Ataque Isquêmico Transitório, ele deu uma tonteira e caiu. E21

Eu entendo como o paciente ter um malefício maior do que o benefício do próprio exame. O paciente entra para um ter um diagnóstico que é nossa função, nessa parte a imagem. Se, equivocadamente, eu fizer um diagnóstico errado e trazer um prejuízo, acho que seria o maior risco. E27

Zambon (2014) traz como erro de diagnóstico uma falha em estabelecer uma explicação (diagnóstico) precisa e oportuna para os problemas de saúde do paciente ou comunicar esse diagnóstico ao paciente.

Vincent (2010) reforça que no contexto da segurança do paciente, erro de diagnóstico é muito amplo e difícil de definir. É difícil de especificar, pois pode ser algo simples como não evidenciar uma pequena fratura em um raio X, ou algo mais complexo como uma dissecação de aorta de um paciente com síndrome coronariana, com dor torácica e fatores de risco para hipertensão e tabagismo (ZAMBON, 2014).

Esses dados reforçam a necessidade de elaborar estratégias de intervenção que possam prevenir as quedas, pois uma vez que o evento ocorre pode resultar em desfechos não favoráveis, como diminuição da mobilidade do paciente, hematomas, sangramentos, piora do quadro clínico e fraturas ou óbito (CEDRAZ *et al.*, 2018; WHO, 2007).

Podendo, também, acarretar desconforto, ansiedade no paciente e na equipe uma vez que este paciente poderá ficar com medo de cair novamente. Ainda, pode acarretar também aumento do tempo de internação, o que impacta nos custos da instituição (CEDRAZ *et al.*, 2018; TIENSOLI *et al.*, 2019; WHO, 2007).

A *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine* dos Estados Unidos (2015) aborda o processo de diagnóstico e reforça que é uma atividade complexa e colaborativa. Dá início quando o paciente experimenta um problema de saúde e busca o sistema de saúde. Nesse momento, o profissional coleta informações, há integração e interpretação da história, realiza-se o exame físico, exames complementares e pareceres de outros profissionais. Após isso, fecha-se o diagnóstico. E a seguir, comunica-se o diagnóstico ao paciente, fazendo um plano terapêutico para esse diagnóstico, que culmina com os desfechos do paciente.

Na fase de exames complementares, espera-se do setor de realização de exames, no caso o CDI, segurança na realização desses exames, em especial no auxílio do diagnóstico. Com o avanço tecnológico, cada dia mais a clínica está dependente de exames de imagens, para

confirmação de hipóteses diagnósticas.

A *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine* dos EUA publicou em (2015) um relatório destacando como é importante atentar-se ao erro de diagnóstico no contexto da segurança do paciente. Neste relatório, trouxe estimativas como: 5% dos adultos que procuram atendimento ambulatorial a cada ano sofrem erro de diagnóstico; análises de prontuários sugerem que erros de diagnóstico representam 6 a 17% dos EA hospitalares; erros de diagnóstico são a principal causa de processos judiciais por má prática médica. Ainda, estima-se que a maioria das pessoas sofrerá ao menos um erro diagnóstico durante sua vida.

Quanto aos erros decorrentes da terapia medicamentosa, estudos apontam que representam um dos tipos de incidentes mais comuns nas instituições de saúde e, na maioria das vezes, são provocados por falhas nos processos e procedimentos durante a assistência prestada (SANTOS *et al.*, 2019).

O erro de medicação foi também citado. O processo de administração de medicação envolve vários indivíduos e processos. E protocolos, como os 13 certos, emergem como uma necessidade para que seja garantido todo o processo seguro de administração de medicamentos. E conforme sejam seguidos os 13 certos, evita-se essa robotização citada.

Eu acho que qualquer coisa que pode causar ano a ele, ... , a medicação utilizada causar um dano renal, reação alérgica, é tudo isso. E09

Se a medicação estiver correta ou não, dosagem correta ou não, local, o procedimento que vai ser feito. Às vezes, a gente da enfermagem ainda tem a questão da robotização, da gente achar que está perto e às vezes um detalhe, foge do certo. E04

Estudos de Manzo *et al.*, (2019) e Carcamo *et al.*, (2020) abordam o erro de medicação como um EA evitável, temporário ou permanente, que ocorre em qualquer estágio da terapia medicamentosa, podendo ou não causar danos ao paciente. E assim como a ocorrência de queda, o erro durante a terapia medicamentosa pode resultar em danos à saúde e levar o paciente à óbito ou elevar os custos hospitalares e aumentar o tempo de internação.

Profissionais percebem que o erro relacionado à medicação pode causar dano ao paciente e demonstram a preocupação quanto à dosagem, o que remete aos “9 certos da medicação” (BRASIL, 2013), e, mais uma vez, uma das seis metas internacionais de segurança do paciente é citada pelos profissionais. Conforme o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos (BRASIL, 2013), são utilizados 9 certos, contudo, nos protocolos de algumas instituições (CARNEIRO, 2015; EBSEH, 2018) e na Instituição do estudo (HMDCC, 2019), já estão utilizando os 13 certos na administração de medicamentos.

Com isso, conforme protocolo institucional (HMDCC, 2019), os 13 certos na administração de medicamentos são: prescrição correta; paciente certo; medicamento certo; validade certa; forma/apresentação certa; dose certa; compatibilidade certa; orientação ao paciente; via de administração certa; horário certo; tempo de administração certo; ação certa e registro certo.

Estudo de Santos *et al.* (2019) reforça a estimativa de que nos EUA os erros de medicação provoquem danos a aproximadamente 1,3 milhão de pessoas anualmente e que, no mundo, se refere a quase 1% do total de despesas em saúde. No Brasil, não se sabe ao certo a magnitude desses eventos. Em 2017, a OMS lançou o terceiro “Desafio para a Segurança do Paciente”, denominado “Medicação sem Dano”, na qual a meta a ser alcançada foi a redução, em 50%, de danos graves evitáveis relacionados a medicamentos, nos próximos cinco anos (OMS, 2017).

Os relatos mostraram uma preocupação com os riscos, que envolve a identificação do paciente e transferência de cuidado, podendo acarretar em vários agravos e até troca de pacientes. Em relação à transferência de cuidados e da responsabilidade pelo paciente os profissionais, percebem que há transferência da responsabilidade pelo tratamento do paciente e da transição do cuidado.

... e questão também da transição de cuidado, às vezes o paciente vem das UPAs, a gente vê que eles estão com dificuldade e às vezes não tem uma cadeira disponível para eles, isso leva a riscos. Seria mais ou menos isso. E15

O paciente que está no andar, é transferida a responsabilidade do tratamento para a gente. Agora tem um termo que está sendo testado aqui no hospital, um termo de transferência, para a gente estar ciente, igual esse News, essa escala de News, tudo pra gente atentar. E07

Estudos de Alves e Melo (2019) e Telles *et al.* (2020) reforçam que o momento de transição ou transferência do cuidado são importantes e estão susceptíveis a erros, durante todo o processo que envolvem a segurança do paciente e a continuidade dos cuidados, devido à eventuais lacunas na comunicação entre os profissionais.

Com isso, a comunicação, outra meta de segurança do paciente, emerge como fator essencial para a segurança do cuidado prestado aos pacientes.

Bakon *et al.* (2020) e Biasibetti *et al.* (2020) relatam como principal objetivo do *handoff* (passagem de caso) a garantia da continuidade assistencial por meio da comunicação efetiva. É nesse momento o mais importante da comunicação entre os profissionais de saúde: compartilhamento de informações sobre o paciente e transferência de responsabilidade do

cuidado entre os profissionais de saúde.

Essa transferência pode ser entre turnos, ou entre profissionais de um setor para o outro, quando se faz transferência deste paciente ou para mudança de leito ou para realização de exames.

A comunicação efetiva nas instituições de saúde é um dos fatores essenciais para uma assistência de qualidade, pois contribui para uma assistência livre de EA. Com base na análise documental, verificou-se que na Instituição, está em fase de teste um formulário para transição do cuidado no momento do transporte do paciente, tanto interhospitalar quanto para transporte intrahospitalar.

O modelo é baseado no ISBAR (mnemônico com a metodologia para contribuir com a comunicação durante a transição de cuidados, seguindo e estruturada pelas categorias: Identificação do paciente, Situação do paciente, Breve histórico, Avaliação e Recomendação) com o acréscimo da avaliação de uma escala chamada *National Early Warnins Scores* - NEWS.

O NEWS baseia-se na alteração de sinais vitais como alerta de risco de deterioração do estado de saúde do paciente. É uma pontuação obtida a partir dos dados do paciente, como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal e nível de consciência, gerando scores conforme as alterações que o paciente apresentar que depois de somados, resultam diferentes graus de riscos com suas respectivas ações (OLIVEIRA, 2020). Ferramenta simples e rápida que pode ser aplicada pela equipe de enfermagem.

Associada à comunicação, a identificação correta do paciente emergiu como necessária para evitar riscos e possíveis EA associados a falha nesta prática.

O paciente quando chega, a primeira coisa que a gente tem que fazer é identificá-lo corretamente, então eu acho que esse é o principal risco do erro. Não só na recepção, mas também na execução do exame, pra gente fazer um ultrassom, para ele ser cadastrado na tomografia. E27

Outro problema é a identificação porque às vezes acontece de ter algum algum erro de identificação do paciente. Já aconteceu. E11

No CDI, a falha na identificação do paciente pode levar até no diagnóstico errado, com a possível liberação de laudo errado ou realização de exame no paciente errado. Como foi citado, pode-se relacionar novamente as seis metas de segurança do paciente, como a primeira meta: identificar corretamente o paciente (WHO, 2009). O início do processo de atendimento ao paciente no CDI é através da identificação ou confirmação desta. E somente a partir disto, pode-se prosseguir com segurança a realização do exame.

Na Instituição do estudo, a pulseira de identificação é branca, e contém dados como nome completo do paciente, nome completo da mãe, data de nascimento, número de atendimento e número de prontuário, além da identificação de código de barras que é correspondente ao número do atendimento.

Este paciente é identificado no momento da internação, nos atendimentos para consultas ou realização de exames ou na enfermarias ou CTI no momento de admissão. Cabe a todo profissional da instituição realizar conferência dessa identificação em todas as etapas ao prestar assistência ou quando identificar que o paciente está sem pulseira.

Um estudo de Assis *et al.* (2018) demonstrou que apesar da identificação do paciente e a manutenção da pulseira ser de responsabilidade de toda a equipe multiprofissional, na avaliação dos prontuários observou-se que somente a equipe de enfermagem registrava sobre pulseira de identificação dos pacientes.

A identificação do paciente tem dois principais objetivos: determinar o indivíduo real para receber o tratamento ou procedimento proposto e assegurar que o procedimento a ser realizado é o que está proposto a ele (REBELLO *et al.*, 2019). A não identificação do paciente pode ser responsável por inúmeros EA, podendo acarretar a realização de procedimentos e exames equivocados, administração de medicações não propostas para o paciente e, com isso, causar sérios danos à saúde.

Pelas características do trabalho do CDI, aparece em destaque a percepção dos riscos decorrentes da radiação e administração dos contrastes, bem como a preocupação com o acesso venoso.

Aqui a gente lida com radiação e ela é um elemento que se você souber administrar e trabalhar com responsabilidade e cuidado, ela faz o bem, mas se não souber, ela te faz mal, então é o maior risco nosso hoje no serviço. Quando você vai puncionar um acesso existe risco, devido à administração do contraste existe um risco. E08

Então, os maiores riscos aqui são queda, mal súbito ou pelo contraste... mas o risco principal é a radiação que pode fazer mal, variando de organismo para organismo, mas qualquer tipo de radiação é maléfica para a saúde. E01

No setor de imagem, o maior risco é a radiação. Tem paciente que não faz só um exame, faz vários exames de imagem, principalmente tomografia. Isso passa por controle, principalmente pacientes que têm AVC ou alguma lesão no cérebro, eles fazem bastante exames de imagem. E11

Cada vez mais cresce, de modo significativo, a utilização de exames de imagem na prática médica. Nos EUA, os exames de tomografia computadorizada passaram, de 2 milhões por ano, em 1980, para 65 milhões em 2003, sendo a estimativa para 2010 de 100 milhões de

exames (HALL *et al.*, 2008).

Haja vista a evolução das tecnologias relacionadas aos exames de imagens que emitem radiação ionizante e estatísticas que demonstram o aumento significativo destes exames, vê-se a necessidade de otimização de protocolos, e também do cumprimento das legislações vigentes.

O profissional do setor de imagem, em especial o médico radiologista e técnico ou tecnólogo de radiologia, deve estar consciente dos riscos referentes à utilização da radiação ionizantes e atentar-se para otimizar as doses utilizadas.

A radiação ionizante pode trazer diversos efeitos indesejáveis aos pacientes, em especial aumento no risco de câncer durante a vida (MADRIGANO, 2014). A partir disso, exames que envolvem radiação ionizante devem-se ser utilizados de forma racional, com avaliação do risco e benefício, indicações e acompanhamento de casos que estejam realizando exames em repetição.

Por isso, a participação efetiva do médico radiologista deve acontecer para identificação de exames quando não há necessidade para repetição e com isso exposição desnecessário do paciente à radiação (MADRIGANO, 2014; NAVARRO, 2009).

Com relação aos meios de contrastes, como qualquer outra medicação, não estão isentos dos riscos relacionados a sua administração; o contraste pode causar efeitos e reações adversas após seu uso, podendo ser leves, moderados e até graves, e mesmo que raras, podem levar ao risco de óbito (AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, 2021; EUROPEAN SOCIETY OF UROGENITAL RADIOLOGY, 2018).

Devido aos riscos do uso de contraste e por reações não previsíveis, conhecer as possíveis reações relacionadas é fundamental para que haja um planejamento, uma profilaxia e atendimento adequado para cada paciente (DUTRA *et al.*, 2020).

Se o paciente é alérgico a alguma coisa, igual alérgico a iodo aí a gente faz um contraste e ele tem problema. Se o paciente é asmático tem sempre que fazer um preparo antes, então esses são os riscos. E22

Um risco seria os efeitos colaterais do contraste na pele do paciente se está errado a forma de administração, porque ele tem que ser administrado venoso, oral ou retal, mas na pele não, aí esse risco pode causar danos ao paciente, causar até necrose de tecido. E14

Se o paciente é alérgico a alguma coisa a gente tenta ver na história dele. A história de asma, pra minimizar esse risco da alergia. E23

A percepção dos riscos do uso de contraste tem levado a cuidados especiais para prevenção de lesões de pele em pessoas com asma e insuficiência renal, o que demonstra

cuidados para mitigar possíveis efeitos. Como protocolo na instituição, é aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) quando se utiliza contraste para exames de tomografia.

Aplica-se também um questionário de investigação sobre o histórico de saúde do paciente e, com isso, pode-se avaliar a melhor forma de administração do meio de contraste, e inclusive se há necessidade em realizar preparo alérgico.

Especificamente do contraste iodado, que a gente tem risco de alergia, de precipitar crise de miastenia grave, tireotoxicose a gente precisa das informações do paciente para garantir que é seguro a gente injetar o contraste, pois é risco de piora da função renal. Risco que é muito raro acontecer é o de acidez por uso concomitante de outros medicamentos. E28

Também no caso a gente sempre avalia a creatinina do paciente pra ver casos de ter uma insuficiência renal ou não, pra não prejudicar a função renal do paciente, o risco maior que a gente tem é a questão da administração do contraste. E23

Reações leves podem evoluir para reação moderada a grave. Dessa forma, o tratamento ideal das reações de contraste começa com um plano de cuidado bem elaborado e uma equipe treinada ao suporte básico de vida (AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, 2021). Quanto ao risco de extravasamento do contraste, os sinais e sintomas relacionados podem ser variáveis: sendo a maioria leve e autolimitada, com resolução em até quatro dias, sem sequelas, os sintomas leves ocorrem em cerca de 97% dos casos (DUTRA *et al.*, 2020).

5.2 Categoria 2 – Ações para mitigação dos riscos assistenciais e contribuições para prevenção de eventos adversos

A implantação de ações para mitigação de riscos contribui para uma assistência segura. E para garantir esta assistência, é necessária, além da percepção dos riscos, a existência de barreiras organizacionais e dos próprios profissionais que possam contribuir para prevenção dos eventos adversos (REIS *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, essa categoria emergiu a partir da percepção dos profissionais sobre ações presentes na Instituição que contribuam para mitigação dos riscos e, conseqüentemente, para a prevenção de eventos adversos.

Os treinamentos dos profissionais emergiram, neste estudo, como as melhores ações para mitigação dos riscos. O estudo de Wegner *et al.*, (2016) demonstrou que o treinamento em serviço e a educação continuada constituem uma das estratégias mais mencionadas para

implantação da cultura de segurança e destacaram que os treinamentos podem ser uma maneira de preparação do profissional, como também do acompanhante/cuidador, e é um método de qualificação profissional e de revisão de conteúdo.

Eu acho que são os treinamentos porque a partir deles todo mundo vai ter a mesma orientação do que fazer. E07

Os treinamentos. Eu acho que é uma boa, é um pontapé inicial bacana, que são os treinamentos que a gente recebe. E05

Em contrapartida, foi pontuado que há necessidade dos treinamentos serem constantes, tanto dos profissionais novatos que chegam e são treinados quanto os profissionais mais antigos, como forma de atualização, para que todos tenham a mesma orientação. Mello e Barbosa (2013) apontam a importância da educação continuada nos serviços e trazem, também, que a formação e a educação são fatores que contribuem para a prevenção de incidentes.

Tem a parte que eu falei do treinamento que tem que ser constante, tem os funcionários novos que entram e tem que ser treinados e treinamento dos funcionários antigos para melhorar, eu acho que é isso, é treinamento constante. E10

Eu acho que são treinamentos. Tem que ter treinamentos periódicos, apesar de às vezes não ter tantos, mas é bom sempre ter treinamentos, reciclagens. Por mais que sejam repetitivos pra alguns é importante ter isso sim. E14

Outros aspectos importantes relatados para mitigação dos riscos foram a presença de protocolos estabelecidos para o setor, aplicação de termos de consentimentos que foram associados com a uniformidade de ações da equipe.

Segundo Castro *et al.*, (2020) a equipe de saúde deve informar ao paciente o diagnóstico, riscos e objetivos do tratamento, embora, frequentemente, a equipe apresente dificuldades, sobretudo quanto ao seu objetivo, linguagem utilizada e forma de apresentação. Muitas vezes o TCLE é aplicado, visando à prevenção jurídica dos profissionais, principalmente médicos.

Então, para diminuir o risco do contraste, por exemplo, é feito um questionário, é feita uma avaliação médica, mas aqui tem toda prevenção para isso. É feito o questionário, mas se acontecer alguma coisa, também, o paciente está dentro do hospital, onde tem o pronto atendimento de médico e CTI. E02

O comprometimento da equipe. Você ter funcionários que são funcionários

comprometidos com o paciente, que têm essa noção de responsabilidade é uma das coisas mais importante. E tem a padronização dos protocolos, dos formulários, dos termos de consentimento livre e esclarecidos. E28

O consentimento livre e esclarecido na saúde, também conhecido como consentimento informado, é um processo, não isolado, mas de troca constante de informações entre o médico e o paciente, com o intuito de promover a participação ativa do paciente em seu tratamento e o esclarecimento de suas dúvidas (CFM, 2015).

O Código de Ética Médica (CEM, 2010) detalha a obrigação do profissional de saúde obter o consentimento do paciente ou de familiar responsável após o esclarecimento do procedimento a ser realizado, com exceção do risco iminente de morte. Obriga também o profissional médico a informar o paciente quanto ao seu diagnóstico, e todo o contexto de tratamento, inclusive os riscos presentes.

Emergiu do estudo a existência de protocolos, como importantes ferramentas/instrumental para mitigação dos riscos, o que contribui para padronização da assistência a ser prestada.

Eu acho que ter protocolos bem estabelecidos também é fundamental. Pode ter um paciente que tem risco de queda, ele tem que chegar já identificado, aquele paciente alérgico, isso é importantíssimo vem já com a etiqueta. Então ter esses protocolos pensando em prevenir. A prevenção eu acho que é fundamental, não pode deixar o negócio acontecer para depois preocupar. E29

Depois da integração da equipe, uniformidade da equipe, todas elas trabalharemos no mesmo ritmo, da mesma forma, uniforme de acordo com os protocolos. É essencial o serviço ter protocolo, ter um padrão de atendimento que todos sigam, porque eu já trabalhei em um lugar que não existia um padrão, cada um fazia o serviço do jeito que queria, então o risco do paciente aumenta. E08

Aqui também a gente tem os protocolos para tomografia pré-definidos e para cada tipo de exame. Pode alterar? A gente pode alterar, mas quando a gente tem uma alta dosagem, essa parte aqui (keypad e monitor) fica vermelha então ela acusa, você está tendo uma alta dosagem. Então ela não deixa nem irradiar, então existe os riscos, mas é no mínimo mitigação. E26

Estudo de Mello e Barbosa (2013) apontou a falta de padronização de protocolos como um dos fatores que contribui para falhas na segurança do paciente. Wegner *et al.*, (2016) relatam que a equipe de saúde deve ser guiada por normas ou protocolos institucionais a fim de garantir segurança na assistência prestada.

Destaca-se que, além dos protocolos na Instituição, deve-se também associá-los com a

realização de treinamentos para propagação do conteúdo e, conseqüentemente, padronização dos processos. A padronização de processos nem sempre é simples e, além disso, são diversos processos a serem seguidos pelos profissionais.

Assim, o treinamento torna-se essencial para disseminação do conhecimento e melhor entendimento de como interpretar e seguir os protocolos. Com isso, poderá garantir uniformidade das ações e mitigação de riscos, quando se trata de uma unidade de diagnóstico e imagem.

Associada aos protocolos e treinamentos, foi evidenciada a comunicação como de grande importância no trabalho cotidiano.

Hoje a gente procura sempre tomar mais cuidado, observar mais, trabalhar o máximo integrado, o possível, comunicação né? Essencial em todo e qualquer serviço para minimizar risco é a comunicação, porque se eu comunico, às vezes um erro que o outro ia fazer eu posso prevenir. E08

Olha, sempre aqui no hospital a gente percebe que eles fazem campanhas, com relação à orientação dos funcionários. O pessoal da comunicação sempre divulga na intranet, os cuidados com o paciente, eles estão sempre alertando, sempre tem alguma campanha de incentivo a ter esse cuidado maior com o paciente, nessa segurança maior com os pacientes. E11

A comunicação, uma das metas internacionais de segurança ao paciente, emergiu como ação que contribui para mitigar os riscos e prevenir os eventos adversos. Uma comunicação efetiva, além de facilitar relações entre os profissionais e entre profissionais e pacientes, possibilita o favorecimento da padronização de ações do dia a dia (ACCREDITATION CANADA, 2015).

Segundo a OMS (2014), a comunicação é um dos cinco principais problemas que afetam a segurança do paciente e, devido a isso, ações com o objetivo de melhorar o processo de comunicação fazem parte das diretrizes mundiais para padronização e implantação de protocolos, a fim de reduzir os eventos adversos e melhorar a qualidade e segurança assistencial.

Neste sentido, torna-se necessário desenvolver abordagens e estratégias para melhorar a comunicação entre profissionais prestadores de cuidados de saúde, de forma que seja compreendida pelo receptor, seja ele profissional ou paciente. É essencial que ela seja efetiva, oportuna, precisa e sem ambigüidades (EBSERH, 2021).

Falha na comunicação está entre as causas raízes de mais de 70% dos erros na assistência à saúde, contribuindo, com isso, para ocorrência de eventos adversos (REBRAENSP, 2013). Estudo de Freire *et al.*, (2019) aponta que melhoria da comunicação é essencial para a consolidação da acreditação hospitalar. E, ainda, que a melhoria da comunicação interna

contribuiu para a uniformidade das informações e compreensão dos profissionais sobre suas ações, gerando mudanças nas atitudes dos trabalhadores que se tornaram mais engajados e participativos.

Outro fator que contribuiu para mitigação dos riscos é a presença e acompanhamento da coordenação.

Organizar fluxo reduz o erro, comunicar rápido qualquer coisa de diferente reduz o erro, ter coordenação presente o tempo inteiro reduz o erro. No noturno, por exemplo, depois das onze horas não tem a coordenação, aí tem que ter certeza. E28

A facilidade! O que é mais característica do setor é a facilidade que você tem de conversar com a coordenação, a relação direta e aí elas vêm e vão procurar os pontos principais e a gente fala especificamente é isso, aí ela vem e chama. E21

As competências atribuídas aos gestores contribuem para a promoção de melhorias assistenciais contínuas, pois se atrelam com ações de liderança participativa (CAMILLO *et al.*, 2016). A partir disso, observa-se que uma coordenação mais presente favorece as práticas assistenciais, impactando a promoção da segurança do paciente.

Estrutura física e organização institucional também apareceu como ponto de mitigação dos riscos, corroborando Donabedian (1980), quando propôs um modelo com a finalidade de avaliar a qualidade a partir da tríade: estrutura, processo e resultado, ou seja, a estrutura sendo associada aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiro. A partir disso, um ambiente com uma estrutura física adequada favorece a prestação de uma assistência segura ao paciente.

Eu acho a estrutura daqui boa, o espaço é amplo, não tem nada tumultuado. Eu acho que aqui a gente tem esse cuidado, na estrutura física, pra que não aconteça nenhum desses eventos. E06

A gente tem os treinamentos, e toda essa estrutura, a estrutura organizacional e física, ajuda bastante. E05

Quando você está numa instituição igual aqui que é bem organizada, as coisas ficam mais fáceis. E29

Os profissionais apontam a identificação e o conhecimento dos riscos como a melhor forma para mitigá-los. Mueller *et al.*, (2019) reforçam a importância do conhecimento da epidemiologia dos erros e a instituição de métodos para identificação dos riscos que contribuem para redução dos danos ao paciente. Concluem ainda que é necessária a identificação e o relato de erros e eventos adversos para contribuir com a disseminação das boas práticas em saúde e

promover cultura de segurança.

A gente tenta ao máximo identificar os erros o mais rápido possível para que não impacte na saúde do paciente. A gente cria funções, por exemplo, coloca no laudo uma frase, que se der erro a gente sabe, consegue identificar que ele está errado, então fica mais fácil a identificação do laudo errado e as integrações dos sistemas. E13

Eu acho que primeiro saber que os riscos existem, estar atentos a eles. Eu acho que evitar deixar o paciente muito sozinho, sem acompanhante, sem supervisão. E29

As vezes quando, vamos supor, está tendo alguma limpeza, é identificado se o piso está molhado, sempre tem que colocar placa de identificação, é isso. E16

O *National Initiative for Children's Health Care Quality Project Advisory Committee* (2001) publicou um estudo reforçando que a primeira etapa no processo é identificar erros e estudar seu padrão de ocorrência, a fim de reduzir a probabilidade de EA. E a partir da identificação dos erros, pode-se aprender com eles por meio de programas de relatórios que visam garantir que os sistemas sejam seguros para os pacientes.

5.3 Categoria 3 – Efeitos da Pandemia no Centro de Diagnóstico por Imagem

A pesquisa foi realizada durante a pandemia, com os cuidados sanitários exigidos. Observou-se a rotina do setor, que seguia as orientações e optou-se, também, por incluir na entrevista questões sobre as mudanças e riscos. Com a pandemia do Covid-19, houve várias alterações, mudanças e acréscimos em rotinas, protocolos, fluxograma e principalmente reforço do cuidado com higienização das mãos e uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI). Esta categoria irá abordar principais mudanças que ocorreram tanto no setor CDI.

Os pacientes começaram a ser direcionados para recintos específicos. Eles não tinham cruzamento com pacientes não potencialmente contaminados e os profissionais também, tinham restrição de movimentação. E19

Os pacientes suspeitos ou confirmados foram desviados para entrar em outro corredor, não podendo passar no corredor que dá acesso à administração e à sala de laudo. Eles tinham entradas separadas para não correr o risco de encontrar com o paciente que não tem Covid.. E12

O fluxo dos pacientes. Antes eles entravam todos aqui por dentro, agora tem um fluxo só para eles e um fluxo para o paciente das UPAs e de outros setores que não é Covid. Também mudou os EPIs, que a gente precisa usar. E17

Durante a pandemia, no setor CDI, realizou alterações de fluxo para melhor atendimento tanto do paciente confirmado ou suspeito de COVID-19 quanto aquele que não apresentava sintomas.

A acompanhamento do setor permitiu verificar as mudanças implementadas nos fluxos e a visão dos profissionais. Para proteção dos pacientes o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) recomenda o isolamento dos pacientes com sintomas respiratórios em espaços ventilados, a fim de evitar a contaminação do vírus para outros pacientes e adequar o horário de funcionamento do serviço por meio de triagem telefônica e acompanhamento de pacientes durante surto na comunidade.

A estrutura física da Instituição foi um fator positivo na mitigação dos riscos por permitir que adequações fossem feitas, a fim de proporcionar maior segurança tanto dos profissionais quanto dos pacientes internados ou não. Há também a disposição das duas salas de tomografia, o que contribuiu para que o fluxo de paciente suspeitos ou contaminados pela COVID-19 fosse diferente do fluxo dos pacientes externos ou dos não sintomáticos. Estudos divulgados no período reforçaram também a alteração nos fluxos de atendimentos, readaptação de rotinas e estabelecimentos de novas rotinas para promover tanto a segurança dos profissionais quanto dos pacientes (MARQUES *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2021).

Observou-se que a instituição de estudo, atualizava sempre os profissionais quanto as recomendações baseadas nos protocolos da OMS, inclusive orientações por meio de Notas Técnicas na intranet e via grupos de *whatsapp*, com isso, orientando os profissionais quanto as principais medidas preventivas e indicações corretas de uso de máscaras, principalmente.

Basear-se por meio de evidências científicas sobre prevenção, controle na transmissão é fundamental para subsidiar rotinas de atendimentos e de proteção, pois o conhecimento sobre a proteção individual, através de ações e medidas preventivas contribuem para mitigação dos riscos de contágios tanto dos profissionais expostos quanto aos pacientes internados ou que realizarão os exames (GALLASCH *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2019).

Em um determinado período – final do primeiro trimestre ao segundo trimestre de 2021, devido a alta incidência de casos de COVID-19 no Estado e na região metropolitana de Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Belo Horizonte demandou à instituição dedicação exclusiva aos atendimentos para pacientes suspeitos ou contaminados por COVID-19 (HMDCC, 2021). Com isso, tornou-se por um determinado período uma instituição de atendimento 100% - COVID.

Ao verificar a intranet, com autorização prévia, diversas Notas Técnicas eram liberadas, e também boletins epidemiológicos a fim de esclarecer sobre as recomendações, informar com

relação aos dados de internação e dados de contaminação dos profissionais. Foi criado um Comitê de Enfrentamento a Pandemia, com participação da Diretoria e Coordenações a fim de manter uniformizados as informações e protocolos internos e esclarecimentos por parte da CCIH.

Houve destaque também para o uso de máscaras N95, uso de outros EPIs e reforço na higienização dos aparelhos como ultrassom e tomografia. No hospital cenário do estudo houve uma nota técnica durante a pandemia, na qual o uso de máscara N95 passou a ser de uso obrigatório em todas as áreas assistenciais e administrativas (HMDCC, 2021).

Então, a gente tem toda a paramentação, tem o capote, a máscara, as luvas. A máscara usada durante o dia agora é sempre a N95 ou Pff2. A gente usa todos os EPIs, quando vai fazer o exame no leito ou a gente usa o óculos ou a gente usa a face shield, mas o paciente também que vem com suspeita de Covid ou Covid confirmado, sempre usa todo o paramento. E01

As principais são relativas à paramentação do profissional, ele tem todos os EPIs que ele não utilizava em outras circunstâncias, mas que passa a utilizar agora com paciente suspeito em isolamento por Covid e a questão da entrada e a saída de pacientes. E18

O uso de máscara, aparelho de proteção individual o tempo todo, capotes, luvas, óculos, todo o equipamento de proteção estamos usando o tempo todo para fazer os exames dos paciente. A gente mudou alguns processos para evitar o contato de paciente Covid de não Covid, e esse uso equipamentos de proteção individual. E10

Segundo ponto é os EPIs, o uso correto dos capotes, que as pessoas ignoravam, hoje já não ignoram, então eu vou até falar, o Covid é um mal que veio para melhorar a postura do profissional em relação aos EPIs, melhorou muito a questão de EPI. E08

Estudos de Hart *et al.*, (2020) e Jost *et al.*, (2020) abordaram recomendações, reforço e orientações quanto ao uso de EPIs por todos os profissionais. Segundo Teixeira *et al.*, (2020) para evitar a transmissão do COVID-19 nos diferentes serviços de saúde e proteger os profissionais, é necessário que as instituições adotem protocolos de controle de infecções e coloquem à disposição dos profissionais EPIs, incluindo máscaras N95, aventais, óculos, protetores faciais e luvas.

Teixeira *et al.*, (2020) sugeriu em seu estudo quanto a substituição de documentos de papel por informações digitais, como prescrições, fichas, registros médicos. Na instituição de estudo é utilizado documentos via digital e também o um software de gestão hospitalar. A partir disso, há minimamente uso de papéis relacionados ao processo de atendimento e registros do paciente.

O Ministerio da Saúde traz recomendações para os processos de higienização terminal, descarte de EPIs e de resíduos e aponta que os equipamentos, ao final do plantão, deverão ser limpos com os profissionais ainda usando EPI para evitar contato com materiais infectados, considerando que após o atendimento aos pacientes de COVID-19, é necessário fazer a retirada correta e o descarte dos EPIs e após o descarte, a higienização das mãos. “Os resíduos potencialmente infectados devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.” (BRASIL,2020 p22).

Tem que fazer limpeza terminal das salas, limpeza terminal de aparelho, o uso obrigatório da N95, mas é isso, é diminuir acompanhante, diminuir o fluxo de tudo, evitar ficar acompanhante dentro de sala se não for extremamente necessário. E09

Além do uso de máscara por todos, até o administrativo, o pessoal aumentou a recorrência também de lavagem de mãos, de passar álcool nos equipamentos, isso não tinha tanto, então o pessoal passa álcool nos equipamentos após limpar a sala após utilização, isso não fazia tanto assim, então aumentou essas ocorrências de limpeza, de desinfecção. E13

Havia já instituído a prática de higienização dos aparelhos de ultrassons e tomógrafo. Conforme protocolo institucional, a limpeza das superfícies do aparelho e dos transdutores – sondas - material utilizado era desinfetante específico indicado pelo fabricante, pois há também preocupação em manter, além da segurança do paciente, assegurar boas práticas de uso do equipamento (HMDCC, 2018). Durante período foi reforçado quanto às práticas de higienização e limpeza de equipamentos, por meio de treinamentos.

É importante ressaltar que houve relatos que profissionais perceberam uma maior adesão na higienização das mãos, o que atende a recomendação da Anvisa (2020) que, em uma de suas notas técnicas, reforça a orientação da higienização das mãos com álcool 70% ou lavagem com água e sabonete líquido.

O interessante a ser discutido e reforçado, é desde que Semmelweiss percebeu que os profissionais deviam lavar as mãos após as autópsias e antes da realização dos partos, observa-se ainda que necessita de práticas educativas para reforço de tal ação para prevenção à segurança ao paciente (TYAGI *et al.*, 2020). Talvez nesse contexto de pandemia, profissionais estejam reforçando e aderindo à esta prática pelo resultado de sua própria proteção.

As mãos dos profissionais são grande forma de transmissão de infecções cruzadas, sendo dos principais mecanismos de transmissão das infecções hospitalares (SILVA *et al.*, 2021). A higienização das mãos é um método profilático de baixo custo, simples e prático e que

proporciona a redução de infecções nosocomiais.

A não adesão a essa prática ou por inadequada uso da técnica, pode levar a um aumento das infecções hospitalares e impactando em custos hospitalares e aumentando o período de internação dos pacientes (SILVA *et al.*, 2021).

A higienização era muito baixa apesar dos treinamentos e com a pandemia isso melhorou. As pessoas passaram a ter mais consciência na higienização. Antes os profissionais não lavavam as mãos, só trocavam a luva, não usava álcool, saía um paciente às vezes não passava álcool na maca. Hoje não, criou-se um hábito em virtude da pandemia. Acho que a pandemia é uma coisa ruim, que a gente não queria, mas melhorou o fluxo e trouxe uma nova consciência para os trabalhadores, coisa que sempre foi falado, orientado, mas era ignorado, alguns faziam e outros não. Hoje tem uniformidade, porque todo mundo ficou com medo. E08

Eu acho que é principalmente a nossa higienização, porque eu diminuo o meu risco com o paciente e o risco de eu passar de um paciente ao outro. A pandemia trouxe essa forma para o nosso dia a dia. E27

Estudos de Araújo *et al.* (2021) e Marques *et al.* (2020) abordam a higienização das mãos como uma das ações que favorece a prevenção do contágio do Covid-19. Ainda, o estudo de Stempniak (2020) aponta que após contato com pacientes suspeitos ou confirmados pelo coronavírus, os profissionais necessitam desinfetar as máquinas de TC e Ressonância Magnética, sondas, medidores de pressão arterial e teclados nas estações de imagem.

Uma nova rotina à prática foi adquirida pelos profissionais, uma atitude profissional que melhorou a prevenção, em relação ao momento anterior à pandemia.

A pandemia trouxe essa forma para o nosso dia a dia. Às vezes atendo um paciente não Covid, mas é uma sarna, e se eu higienizo, se eu troco, se uso luva, se eu me paramento, eu evito passar pro outro paciente. E27

Com relação à paramentação, foi uma coisa até muito boa, teve treinamento, foi bom para os funcionários, tinha alguns que realmente eram mais relaxados, então foi para mim a paramentação mesmo, e decorrência de tudo. E21

EPIs que utiliza pra proteção, que antigamente não usava tanto né? então são vários filtros, tem várias luvas, várias roupas próprias pra atuar com paciente. E13

As superfícies devem ser lavadas com sabão ou descontaminadas com desinfetantes. As melhores soluções para a desinfecção devem ser determinadas pelos fornecedores/fabricantes

para cada máquina, tendo em vista as especificidades e os custos, uma vez que pode haver deterioração do equipamento se usada uma solução inadequada (STEMPNIAK, 2020).

Com a pandemia, foram introduzidas ou reafirmadas várias mudanças que foram seguidas com a participação da gestão, sendo a maioria delas positiva para a proteção dos trabalhadores, pacientes e Instituição. Representou comprometimento dos profissionais com as ações preventivas.

6 CONCLUSÃO

A percepção dos riscos é importante para que os profissionais possam compreender e aceitar a existência do risco e possam trabalhar sua mitigação. Os profissionais deste CDI têm ciência da existência e da consequência da evolução dos riscos para eventos adversos, o que pode favorecer a implementação da gestão de riscos no CDI. Os incidentes, erros e eventos adversos acontecem e são inerentes aos processos, contudo, é necessário, cada vez mais, alinhar os processos a fim de trabalhar a prevenção e mitigação dos riscos.

O risco de queda foi destacado em primeiro lugar, os mais citados entre os entrevistados, o que pode ser pelo trabalho da instituição quanto a sua mitigação. Em seguida outras percepções foram de riscos relacionados a erros de diagnóstico, erros de medicações, identificação ao paciente, riscos na transferência de cuidados, comunicação, exposição à radiação, administração e reação ao contraste e dano renal. Estes riscos estão alinhados às metas internacionais de segurança do paciente, abordados na instituição e nas seis metas internacionais de segurança do paciente, através do projeto Milhão do hospital, o que aproxima os profissionais da temática.

Quanto as ações para mitigação de riscos foram evidenciadas os treinamentos para seguimento dos protocolos e checklists, protocolos atualizados, comunicação eficaz e experiência profissional que emergem como contribuições para prevenção de eventos adversos e segurança ao paciente. A presença da coordenação, estrutura física e estrutura organizacional também surgiu como fator na mitigação dos riscos.

Se faz importante a participação da coordenação, do núcleo de segurança do paciente, da qualidade e alta direção, para discussão dos riscos e contribuir com a identificação dos riscos presentes no ambiente. A partir do momento em que há engajamento da alta direção e setores responsáveis pela qualidade e segurança do paciente, a percepção e identificação dos riscos é um passo importante na gestão dos riscos.

Este estudo tem como limitação ter sido realizado em apenas um CDI, apesar de seu tamanho e complexidade, o que permite a inferência desse caso singular ou circunscrito para outras unidades similares que não foram objeto de observação e análise.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a identificação e gestão de riscos no CDI estudado e com outros CDI e que novas reflexões sejam realizadas acerca da temática. O tema necessita de aprofundamento em futuros estudos sobre riscos em centros de diagnóstico e imagem, usando o roteiro de entrevista utilizado e novos estudos comparando diferentes CDI e, também, envolvendo a percepção dos dirigentes da instituição.

REFERÊNCIAS

- ACAUAN, L. V.; RODRIGUES, M. C. S.; PEREIRA, J. L. Gestão da qualidade em centro de diagnóstico por imagem e segurança do paciente: um ensaio reflexivo. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p.179-184, 2014. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i1.19239. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19239>. Acesso em: 31 out. 2021.
- ACCREDITATION CANADA. **The value and impact of health care accreditation: a literature review**. Ottawa: Accreditation Canada, 2013. Disponível em: <https://aventa.org/pdfs/valueimpactaccreditation.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021. Acesso em: 01. nov. 2021.]
- ALVES, M. *et al.* Patients' falls in different sectors in a public-teaching hospital in Brazil. **International Physical Medicine & Rehabilitation Journal**, Budapeste, n. 6, v. 2, p. 47-52, 2021. DOI: 10.15406/impmrj.2021.06.00280. Disponível em: <https://medcraveonline.com/IPMRJ/IPMRJ-06-00280.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.
- ALVES, M.; MELO, C. L. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de Enfermagem de um pronto-socorro. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, e-1194. DOI: 10.5935/1415-2762.20190042. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1337>. Acesso em: 31 out. 2021.
- AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY (ACR). **ACR Manual On Contrast Media. 2021**. Disponível em: https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Clinical-Resources/Contrast_Media.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.
- ANDRADE, B. R. P. *et al.* Experiência de enfermeiros no manejo da hemodiálise contínua e suas influências na segurança do paciente. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20180046, 2019. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0046. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0046>. Acesso em: 31 out. 2021.
- ARAÚJO, A. F. *et al.* Pre-hospital assistance by ambulance in the context of coronavirus infections. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. Suppl 1, e20200657, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0657. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0657>. Acesso em: 31 out. 2021.
- AREZES, P. Percepção do risco de exposição ocupacional ao ruído. **Laboreal**, v. 2, n. 1, 2006. DOI: 10.4000/laboreal.13742. Disponível em: <https://journals.openedition.org/laboreal/13742>. Acesso em: 01 nov. 2021.
- ASSIS, T. G. *et al.* Adesão à identificação correta do paciente pelo uso da pulseira. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 10, p. 2621-2627, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/234774/30156>. Acesso em 31 out. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR ISO 3100: Gestão de Riscos – Diretrizes**. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

AUED, G. K. *et al.* Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 130-137, 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690119i. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>. Acesso em: 31 out. 2021.

BAKON, S. *et al.* Nursing handovers: an integrative review of the different models and processes. *International Journal of Nursing Practice*, v. 23, n. 2, e12520, 2017. DOI: 10.1111/ijn.12520. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12520>. Acesso em: 31 out. 2021.

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

BEZERRA, C.; *et al.* Análise descritiva da teoria ambientalista de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n.2, p. 79-83, 2018.

BIASIBETTI, C. *et al.* Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. esp, e20180337, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180337. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337> . Acesso em: 31 out. 2021.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 32-36, 2007. DOI: 10.1590/S0034-71672007000100006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000100006>. Acesso em: 31 out. 2021.

BRAND, C. I.; FONTANA, R. T.; SANTOS, A. V. A saúde do trabalhador em radiologia: algumas considerações. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 68-75, 2011. DOI: 10.1590/S0104-07072011000100008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100008>. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-no-15.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017

BRASIL. Agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA). **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2020 - 25/02/2021: Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (sars-cov-2)**. Brasília: ANVISA, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 250 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1.B, Brasília, DF, 25 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. **Protocolo prevenção de quedas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n.º 1.471, de 24 de setembro de 2014. NR 09 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 set. 2014. Disponível em: [http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF80808148EC2E5E014961B76D3533A2/NR-09%20\(atualizada%202014\)%20II.pdf](http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF80808148EC2E5E014961B76D3533A2/NR-09%20(atualizada%202014)%20II.pdf).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 nov. 2005. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A0DFC9671C271F924ED67242202671FC.node2?codteor=726447&filename=LegislacaoCitada+-PL+6626/2009. Acesso em 01 nov. 2021.

BUENO, A. A. B; FASSARELLA, C. S. Patient Safety: a reflection on its historical trajectory. **Rev. Rede Cuidados Saúde**. v. 1, n. 6. 2012.

CAMILLO, N. R. S. *et al.* Acreditação em hospital público: percepções da equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 451-459. 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690306. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690306i>. Acesso em: 31 out. 2021.

CARCAMO, A. M. P.; TOURINHO, F. S. V.; ALVES, T. F. Risk factors in medication errors in a high-complexity chilean public hospital. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, n. spe, e20190241, 2020. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2019-0241. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0241>. Acesso em: 31 out. 2021.

CASTRO, C. F. *et al.* Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. **Revista Bioética**, v. 28, n. 3, 2020. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2213. Acesso em: 31 out. 2021.

CEDRAZ, R. O. *et al.* Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e20170252, 2018. DOI: 10.1590/2177-9465. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-891748?src=similardocs>. Acesso em: 01 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Recomendação CFM nº 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília: CFM, 2015. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CRM). **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931/2009 (versão de bolso), Brasília: CFM, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

COSTA, R.; *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 661–69, 2019.

DIAS, M. F. *et al.* **Vigilância sanitária e gerenciamento do risco em medicamento**. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/2894427/Vigil%C3%A2ncia+Sanit%C3%A1ria+s+Gerenciamento+do+Risco+em+Medicamentos/cfe07ce7-5882-4905-a74b-9f980336f462>. Acesso em: 31 out. 2021.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. *In*: DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03406, 2018. DOI: 10.1590/S1980-220X2017042203406. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>. Acesso em 31 out. 2021.

DUTRA, B. G.; BAUAB, T. J. (ed). **Meios de contraste**: conceitos e diretrizes. 1. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Setor de Radiologia do HUAP avalia adequações na rotina de trabalho durante a pandemia.** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/huap-uff/comunicacao/noticias/setor-de-radiologia-do-huap-avalia-adequacoes-na-rotina-de-trabalho-durante-a-pandemia>. Acesso em: 31 out. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Dispensação de Medicamentos. Versão 1.0. Procedimento Operacional Padrão POP/NUSP/001/2018.** Goiânia: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, 2018.

EUROPEAN SOCIETY OF UROGENITAL RADIOLOGY (ESUR). **ESUR Guidelines on Contrast Agents.** 10. ed. European Society of Urogenital Radiology. 2018. Disponível em: https://www.esur.org/fileadmin/content/2019/ESUR_Guidelines_10.0_Final_Version.pdf. FASSINI, P.; HAHN, G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM.** Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 290-299. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/217976924966>. Acesso em: 31 out. 2021.

FELDMAN, L. B. (Org). **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento.** São Paulo: Martinari, 2008.

FLORENCE, G.; CALIL, S. J. Uma nova perspectiva no controle de riscos da utilização médico-hospitalar. **Revista MultiCiência,** São Carlos, v.5, 14 telas, 2005. Disponível em: <https://docplayer.com.br/1690388-Uma-nova-perspectiva-no-controle-dos-riscos-da-utilizacao-de-tecnologia-medico-hospitalar.html>. Acesso em: 31 out. 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 31 out. 2021.

FRAGATA, J.; MARTINS, L. **O erro em medicina:** perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra: Almedina, 2008.

FREIRE, E. M. R. A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180224, 2019. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0224. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0224>. Acesso em: 31 out. 2021.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). **Gestão de Risco. E-book 4.** 2014. Disponível em: <https://fnq.org.br/comunidade/e-book-4-gestao-de-risco/>. Acesso em: 31 out. 2021.

GONÇALVES, V. C. N. G. **Gestão de risco nas organizações em saúde:** percepção dos profissionais face ao papel do gestor de risco. 2008. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2008.

HALL, E. J.; BRENNER, D. J. Cancer risks from diagnostic radiology. **The British Journal of Radiology**, v. 81, n. 965, p. 362-378, 2008. DOI: 10.1259/bjr/01948454. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18440940/>. Acesso em: 31 out. 2021.

HART, J. *et al.* Recommendations for prehospital airway management in patients with suspected COVID-19 infection. **The western journal of emergency medicine**, Orange, v. 21, n. 4, p. 809-812, 2020. DOI: 10.5811/westjem.2020.5.47540. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7390580/>. Acesso em: 31 out. 2021.

HOSPITAL METROPOLITANO DR CÉLIO DE CASTRO (HMDCC). **Estrutura do hospital**. Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/estrutura/>. Acesso em: 01 nov. 2021.

HOSPITAL METROPOLITANO DR. CÉLIO DE CASTRO (HMDCC). **Procedimento Sistêmico: Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos PRS_HMDCC_NSP_007**. 2019. Disponível em: https://projeto-milhao.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2021/08/PRS_HMDCC_NSP_007-SEGURAN%C3%87A-NA-PRESCRI%C3%87%C3%83O-USO-E-ADMINISTRA%C3%87%C3%83O-DE-MEDIMENTOS.pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press; 1999.

JOST, D. *et al.* The need to adapt the rescue chain for out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic: experience from the paris fire brigade basic life support and advanced life support teams. **Resuscitation**. Niel, v. 153, p. 56-57, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.06.005>. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(20\)30241-0/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(20)30241-0/fulltext). Acesso em: 31 out. 2021.

LINGARD, L. *et al.* Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n. 5, p. 330-334, 2004. DOI: 10.1136/qhc.13.5.330. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15465935>. Acesso em: 31 out. 2021.

MACEDO, H.; RODRIGUES, V. Programa de controle de qualidade: a visão do técnico de radiologia. **Radiologia Brasileira**, v. 42, n. 1, p. 37-41, 2009. DOI: 10.1590/S0100-39842009000100009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v42n1/09.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

MADRIGANO, R. R. Avaliação do conhecimento de médicos não radiologistas sobre aspectos relacionados à radiação ionizante em exames de imagem. **Radiologia Brasil**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 210-216, 2014. DOI: 10.1590/0100-3984.2013.1840. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2013.1840>. Acesso em: 31 out. 2021.

MANZO, B. F. *et al.* Seguridad en la administración de medicamentos: investigación sobre la práctica de enfermería y circunstancias de errores. **Enfermería Global**, Murcia, v. 18, n. 56, p. 19-56, 2019. DOI: 10.6018/eglobal.18.4.344881. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344881>. Acesso em: 31 out. 2021.

MARQUES, L. C. *et al.* Covid-19: cuidados de enfermagem para segurança no atendimento de serviço pré-hospitalar móvel. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20200119, 2020. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2020-0119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0119>. Acesso em: 31 out. 2021.

MARTINS, D. F.; LINCOLN A. O. B. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, 2016.

MATA, L. R. F. *et al.* Factors associated with the risk of fall in adults in the postoperative period: a cross-sectional study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25: e2904. 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.1775.2904. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/k9qmnVvLZDmQ6G8s3vHDdQN/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2021.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de la seguridad del paciente en terapia intensiva: recomendaciones de enfermeira. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1224-1233, 2013. DOI: 10.1590/S0104-07072013000400031. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>. Acesso em: 31 out. 2021.

MELO, C. L. *et al.* The perception of managers regarding health care risks and tools used /in the process of management. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 6, n. 12, p. 2893-2903, 2012. DOI: 10.5205/reuol.2265-25464-1-LE.0612201204. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7695>. Acesso em: 31 out. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MUELLER, B. U. *et al.* Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. **Pediatrics**, v. 143, n. 2, e20183649, 2019. DOI: 10.1542/peds.2018-3649. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3649>. Acesso em: 31 out. 2021.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. [History of quality of patient safety]. **Hist enferm Rev eletronica [Internet]**. v. 6, n. 2, p. 299-309. 2015.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. **Improving diagnosis in health care**. Washington: National Academies Press, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/21794>. Acesso em: 31 out. 2021.

NATIONAL INITIATIVE FOR CHILDREN'S HEALTH CARE QUALITY PROJECT ADVISORY COMMITTEE. Principles of Patient Safety in Pediatrics. **Pediatrics**, v. 107, n. 6, p. 1473-1475, 2001. DOI: 10.1542/peds.107.6.1473. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.107.6.1473>. Acesso em: 31 out. 2021.

NAVARRO, M. V. T. *et al.* Controle de riscos em radiodiagnóstico: uma abordagem de vigilância sanitária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 3, p. 3477-3486, Nov. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900022>. Acesso em: 28 out. 2021.

NAVARRO, M. V. T. **Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária**. Salvador: EDUFBA, 2009.

OLINDA, A. G. de; *et. al.* Segurança do Paciente: A Evolução do Cuidar. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Dezembro/2019, vol.13, n.48 SUPLEMENTO 1, p. 243-259. ISSN: 1981-1179.

OLIVEIRA, A. P. A.; URBANETTO, J.S.; CAREGNATO R. C. A. National Early Warning Score 2: adaptação transcultural para o português do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, 2020. DOI: 10.1590/1983-1447.2020.20190424. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190424>. Acesso em: 31 out. 2021.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>. Acesso em: 01 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação ONA: Glossário e Termos Técnicos**. Organização Nacional de Acreditação, 2006. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/acreditacao/manual/glossario.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Vigilância Sanitária (VISA)**. Programa de desenvolvimento hospitalar - qualidade e segurança do paciente - 2019 e 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/licitacao/concurso-2019>. Acesso em: 31 out. 2021.

PRICE WATER HOUSE COOPERS LLP. **Gerenciamento de Riscos Corporativos - Estrutura Integrada**. Sumário Executivo e Estrutura. 2007. Disponível em: <https://www.coso.org/documents/coso-erm-executive-summary-portuguese.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

QUEIROZ, J. V. *et al.* Gestão da qualidade em um setor de radiologia hospitalar: um estudo no centro de diagnóstico por imagem (Santa Catarina). **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, Natal, v. 4, n. 4, p. 1-13, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/1492>. Acesso em: 31 out. 2021.

REBELLO, L. K. Z.; QUEMEL, F. S.; PETERLINI, O. L. G. Estratégias para a implantação do protocolo de identificação do paciente em um hospital de médio porte no Noroeste do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 2, n. Supl 1, p. 31-37, 2019. DOI: 10.32811/25954482-2019v2supl1p31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2019v2supl1p31>. Acesso em: 31 out. 2021.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

REIS, G. A. X. *et al.* Dificuldades para implantar estratégias de seguridad del paciente: perspectivas de enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40 n. spe, 220180366, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180366. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>. Acesso em: 31 out. 2021.

RODRIGUES, V. M.; *et al.* Qualidade em organizações do sistema de saúde: evolução e conceitos. In: RODRIGUES, V. M.; *et al.* **Qualidade e acreditação em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2011. cap. 1, p. 15- 37.

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 335-341. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000300041>. Acesso em: 31 out. 2021.

SALES, O. P. *et al.* Atuação de enfermeiros em um Centro de Diagnóstico por Imagem. **Journal of the Health Sciences Institute**. São Paulo, v. 28, n. 4, p. 325-328. 2010. Disponível em: https://adm.online.unip.br/img_ead_dp/44071.PDF. Acesso em: 31 out. 2021.

SANTOS, P. R. A.; ROCHA, F. L. R.; SAMPAIO, C. S. J. C. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. esp, e20180347, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>. Acesso em: 31 out. 2021.

SEVERO, I. M. *et al.* Risk factors for falls in hospitalized adult patients: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 48, n. 3; p. 540-554. DOI: 10.1590/s0080-623420140000300021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25076284/>. Acesso em: 31 out. 2021.

SILVA, A. **A gestão de riscos nos hospitais do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil: Uma análise descritiva**. 2012. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife 2012.

SIQUEIRA, C.L. *et al.* Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 913-933, 2015. DOI: 10.5935/1415-2762.20150071. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150071>. Acesso em: 31 out. 2021.

SMITS, M. *et al.* The nature and causes of unintended events reported at ten emergency departments. **BMC Emergency Medicine**. v. 9, n. 16, p. 1-11, 2009. DOI: 10.1186/1471-227X-9-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-227X-9-16>. Acesso em: 31 out. 2021.

SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.) **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SOUZA, M. S. *et al.* Measures for the prevention of COVID-19 transmission for prehospital care workers. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 22, e62524, 2021. DOI: 10.15253/2175-6783.20212262524. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212262524>. Acesso em: 31 out. 2021.

STEMPNIAK, M. **5 steps every radiology department should take to safeguard against coronavirus**. Journal of the American College of Radiology. 2020. Disponível em: <https://www.radiologybusiness.com/topics/care-delivery/radiology-departmentsafeguard-against-coronavirus>. Acesso em: 31 out. 2021.

TAVARES, A. *et al.* Gestão do risco não clínico - Os riscos com equipamentos médico-hospitalares. *In*: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

TAVARES, A. *et al.* Gestão do risco não clínico - Os riscos com equipamentos médico-hospitalares. *In*: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, v. 1, p. 334-343.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.19562020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 01 nov. 2021.

TELLES, V. G. *et al.* Handover de enfermagem em clínicas cirúrgicas: a interface entre a comunicação e a segurança do paciente. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, e48402, 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.48402. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.48402>. Acesso em: 31 out. 2021.

TIENSOLI, S. D. *et al.* Contexto de quedas notificadas em um hospital universitário. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 33, e32590, 2019. DOI 10.18471/rbe.v33.32590. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1098724>. Acesso em: 01 nov. 2021.

TUCKER, S. J. *et al.* Outcomes and challenges in implementing hourly rounds to reduce falls in orthopedic units. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, Indianapolis, v. 15, n. 1, p. 18-29. 2012. DOI: 10.1111/j.1741-6787.2011.00227.x. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00227.x>. Acesso em: 31 out. 2021.

TURATO, E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. DOI: 10.1590/S0034-89102005000300025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>. Acesso em: 31 out. 2021.

VIDIGAL, R. R. **Contributo para a Gestão da Qualidade Clínica num Serviço de Radiologia**. 2010. 117f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2010.

VINCENT, C. **Patient safety**. 2nd ed. London: Wiley Blackwell, 2010.

WEGNER, W. *et al.* Educación para la cultura de seguridad del paciente: Implicaciones para la formación. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160068. 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160068. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>. Acesso em: 31 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Falls**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/falls>. Acesso em: 31 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication Without Harm** - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Seguridad del paciente. In: **WHO. 59 th. Asamblea Mundial de la Salud**. A59/22. Punto 11.16 del orden del día provisional. 2006. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/24442>. Acesso em: 01 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Seguridad el paciente**. 2019. Disponível em: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety. Acesso em: 31 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The high 5s project**: interim report. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age**. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Global Report on Falls Prevention in Older age**. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**: forward programme 2008-2009. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>. Acesso em: 31 out. 2021.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: Planejamento de Métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZAMBON, L. S. A segurança do paciente e o diagnóstico. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0013>. Acesso em: 01 nov. 2021.

ZANON, U. Qualidade: um novo paradigma. In: ZANON, U. **Qualidade da assistência médico hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001, cap. 1, p.1- 16.

GLOSSÁRIO

RISCOS AMBIENTAIS - é a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos ao meio ambiente, decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos, causadores de condições ambientais potencialmente perigosas que favoreçam a persistência, disseminação e modificação destes agentes no meio ambiente. (ONA, 2006, p. 15).

RISCOS OCUPACIONAIS - probabilidade de agravo à saúde humana advindo de atividade laboral (ou relacionados ao trajeto), tanto de origem, biológica, química, física, ergonômica, como de condição ou ato inseguro. (ONA, 2006, p. 15).

RISCOS RELACIONADOS À BIOSSEGURANÇA - probabilidade de agravo à saúde humana advindo das atividades com biotecnologia. (ONA, 2006, p. 15).

RISCOS RELACIONADOS À INFECÇÕES - probabilidade de adquirir infecção a partir de exposição a agentes biológicos. (ONA, 2006, p. 15).

RISCOS RELACIONADOS À RESPONSABILIDADE CIVIL - probabilidade de ato ilícito ou omissão causar agravo a terceiros e/ou suas propriedades que, estabelecida culpa (tendo sentido amplo, desde culpa stricto sensu até dolo) dano e nexos causal, se traduz na obrigação de reparação indenizatória. Porém esta é uma condição ainda polêmica. (ONA, 2006, p. 15).

RISCOS SANITÁRIOS - propriedade que tem uma atividade, serviço ou substância, de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana. (ONA, 2006, p. 15).

INCIDENTES - são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente (OMS, 2009). Originam-se de atos intencionais ou não intencionais dos profissionais e incluem as seguintes situações:

(1) **CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL** - É uma situação em que há potencial significativo de dano para o paciente, mas até o momento nenhum incidente aconteceu;

(2) **NEAR MISS** - Trata-se de um quase erro ou uma circunstância que foi detectada antes de chegar ao paciente;

(3) INCIDENTE SEM DANO - É um evento que alcançou o paciente, mas nenhum dano foi observado;

(4) INCIDENTE COM DANO OU EVENTO ADVERSO - Incidente que resultou em dano à saúde.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Código da entrevista:	Data:
Sexo: () F () M	Idade:
Formação Profissional:	Estado civil:
Tempo de formação	
() Especialização () Mestrado () Doutorado	
Em qual área?	
Função/ Cargo exercido na instituição:	
Tempo de trabalho na instituição:	
Sector de atuação na instituição:	
Tempo que trabalha no cargo/ setor atual:	
Turno de trabalho:	
Possuí vínculo com outra instituição? Qual?	

1. Fale-me sobre o seu trabalho no Setor Imagem
2. Em sua rotina de trabalho, você percebe algum risco na Assistência ao Paciente?
3. Em sua percepção, o que seria risco assistencial?
4. No Setor Imagem você percebe algum tipo de risco ao paciente? Quais?
5. Fale-me sobre as ações existentes no Setor Imagem para diminuir os riscos ao Paciente?
6. Como os profissionais do setor de Imagem lidam com os riscos?
7. Quais as ações do Setor de Imagem você percebe que contribuem para prevenção dos eventos adversos?
8. Quando ocorre um evento adverso o que é feito pelos profissionais e pela gerência?
9. Nesse período da pandemia que rotinas foram modificadas no Setor Imagem?
10. Na pandemia que ações foram adotadas para diminuir os riscos aos pacientes?
11. Como os profissionais de outros setores percebem o Centro de Diagnóstico de Imagem?
12. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho convidá-la (o) a participar da pesquisa, "Riscos assistenciais na perspectiva dos profissionais de um Centro de Diagnóstico por Imagem de um Hospital de Grande Porte de Belo Horizonte", a ser desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EEUFG. A pesquisa será desenvolvida sob a responsabilidade da Profa. Dr^a Marília Alves (orientadora) e de Valéria Cristina da Silva, aluna matriculada do curso. O estudo tem por objetivo geral, analisar a percepção dos profissionais de um Centro de Diagnóstico de Imagem sobre os riscos assistenciais. Este estudo será realizado no Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) deste Hospital, com profissionais que trabalham na instituição. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma reflexão sobre os riscos assistenciais que podem ocorrer no CDI no cotidiano de trabalho e espera-se que o estudo colabore com a instituição, levantando os riscos, como primeiro passo para gestão de riscos.

Os dados serão coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado. As entrevistas serão realizadas individualmente e gravadas mediante sua autorização com a finalidade de assegurar a autenticidade das informações, ficando à sua disposição, caso queira ouvi-las. Durante a entrevista, utilizaremos um gravador, papel e caneta para registrar todas as informações fornecidas por você. O tempo estimado para realização da entrevista será de aproximadamente 20 minutos e sua realização será conforme disponibilidade do participante, de forma que garanta a preservação da sua privacidade. O pesquisador somente te interromperá para esclarecer dúvidas ou aprofundar alguma questão. Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. A previsão de riscos ou desconforto são mínimos, durante o desenvolvimento desta pesquisa e estes podem estar relacionados ao constrangimento diante das perguntas, e será minimizado com a garantia do direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionam constrangimentos de qualquer natureza e o direito de se retirar do estudo a qualquer momento, além disso a pesquisadora será treinada anteriormente pela orientadora para minimizar esses riscos. No entanto, firmamos o compromisso de que as informações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e que o seu anonimato será garantido, tendo em vista que as entrevistas serão identificadas apenas por letras e números. Sua participação é voluntária e em qualquer fase da pesquisa você poderá esclarecer dúvidas junto aos pesquisadores, assim como se recusar a participar do estudo sem nenhum ônus ou prejuízo ou solicitar a retirada de suas informações. Caso não concorde em participar, você não sofrerá nenhum prejuízo quanto à continuidade do tratamento e acompanhamento no serviço de saúde. Em caso comprovado de danos ou prejuízos, o participante será indenizado através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em caso de dúvida ética poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) no contato especificado abaixo. Ou para dúvidas sobre a pesquisa, consultar pesquisadores conforme endereço no final do documento.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr.(a). Asseguramos que os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e após serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Pesquisadora: Profa. Dra. Marília Alves/ Mestranda: Valéria Cristina da Silva.

Eu _____, C.I. _____, declaro que fui suficientemente esclarecido quanto aos objetivos e finalidade da pesquisa, que a mesma será utilizada somente para fins científicos e que meu nome será mantido em sigilo e que concordo em participar dessa pesquisa.

Data: / /

Nome completo do participante

Assinatura do pesquisador – Valéria Cristina da Silva

Em caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.
Av. Antônio Carlos, 6627. Sala 2005.
Unidade Administrativa II
Pampulha. Belo Horizonte, MG.
E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Coordenador da Pesquisa: Profa. Dra. Marília Alves.
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Sala 514 – Santa Efigênia - BH, MG.
Tel: (31) 988733191/ marilia.alves@gmail.com TEL: 34094502. E
Mestranda – Pesquisadora Valéria Cristina da Silva (31) 34099849
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Sala 514 – Santa Efigênia - BH, MG.
E-mail: valeria.enf.ufmg@gmail.com

ANEXO I – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Riscos assistenciais na perspectiva dos profissionais em um Centro de Diagnóstico por Imagem de um Hospital de Grande Porte de Belo Horizonte

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39248520.6.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.554.636

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto submetido a este Comitê, que em parecer anterior foi solicitado ajustes no TCLE, anuência da instituição onde o estudo será realizado e apresentação de roteiro de entrevista.

A qualidade na assistência ao paciente nos serviços de saúde tem sido discutida, a fim de assegurar que o cuidado prestado ocorra de forma eficaz e eficiente, livre de erros ou falhas. A inclusão e aprimoramento de novas tecnologias e inovação nas diferentes formas de gestão dos serviços de saúde tem promovido resultados seguros e com qualidade. Entre as medidas, a adoção da gestão de riscos tem favorecido ações voltadas para minimizá-los, evitando os eventos adversos (EA) e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde. No entanto, alguns serviços hospitalares, quando submetidos a processos avaliativos, têm se deparado com questões como: (re)conhecimento dos riscos e sua gestão, uso de ferramentas e o entendimento da cultura organizacional entre outros, que precedem as avaliações, exigindo a identificação de situações que possam comprometer a segurança do paciente. Considerando as dificuldades em realizar a gestão de riscos devido à falta de políticas institucionais e envolvimento das equipes com aspectos relacionados à segurança do paciente e desconhecimento dos riscos existentes, questiona-se qual a percepção dos profissionais de um Centro de Diagnóstico de Imagem (CDI) quanto aos riscos assistenciais presentes em seu ambiente de trabalho?

O estudo será realizado no CDI de um hospital de grande porte e de ensino, de Belo Horizonte com atendimento 100% SUS. Os participantes serão profissionais da equipe multiprofissional de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.554.636

saúde e pessoal administrativo do CDI, o quantitativo será até a saturação dos dados por meio de entrevistas. Os dados serão coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, observação e análise documental, tendo em vista que o estudo de caso exige diferentes evidências dos fenômenos estudados e serão submetidos à Análise de Conteúdo proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

Analisar a percepção dos profissionais de um Centro de Diagnóstico de Imagem sobre os riscos assistenciais.

Específicos:

- Descrever a compreensão dos profissionais sobre riscos assistenciais;
- Identificar os riscos assistenciais presentes no ambiente de trabalho CDI na perspectiva dos profissionais;
- Identificar ações implementadas pelos profissionais que favorecem a mitigação dos riscos assistenciais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A possibilidade de risco ao participar é mínima e pode estar relacionada ao desconforto ou constrangimento em responder a algumas perguntas, sendo que terá o direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionam constrangimentos de qualquer natureza e o direito de se retirar do estudo a qualquer momento sem prejuízos institucionais.

Benefícios:

Os benefícios e a relevância desta pesquisa estão na compreensão/ reflexão sobre riscos que podem ocorrer no CDI no cotidiano de trabalho e espera-se que o estudo colabore com a instituição levantando os riscos, como primeiro passo para a gestão de riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto autofinanciado; Apresenta cronograma exequível; Folha de Rosto devidamente assinada; Orçamento; Parecer favorável do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem – UFMG. Anuência da instituição onde será desenvolvido, Critérios de inclusão e exclusão para os participantes e TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta documentação obrigatória.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 4.554.636

Recomendações:

Aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e as inadequações foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1623770.pdf	10/01/2021 19:39:12		Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	10/01/2021 19:38:33	VALÉRIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PARA_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	10/01/2021 19:35:47	VALÉRIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_Questionario.pdf	10/01/2021 19:04:20	VALÉRIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROJETO_CORRIGIDO_VERMELHO.pdf	10/01/2021 19:03:55	VALÉRIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	16/10/2020 12:06:55	VALÉRIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PROJETO.pdf	15/10/2020 12:27:07	VALÉRIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Projeto.pdf	15/10/2020 12:26:50	VALÉRIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
Outros	PARECER_DEPARTAMENTO_EEUFMG.pdf	15/10/2020 12:07:55	VALÉRIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	14/10/2020 00:04:49	VALÉRIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_PROJETO.pdf	14/10/2020 00:01:04	VALÉRIA CRISTINA DA SILVA	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.554.636

Justificativa de Ausência	TCLE_PROJETO.pdf	14/10/2020 00:01:04	VALÉRIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
---------------------------	------------------	------------------------	------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 23 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO II – PARECER DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA

SEI/UFMG - 0279786 - Parecer

https://sci.ufmg.br/sci/controlador.php?acao=documento_impr

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
[ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG]
[DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA]

PARECER Nº 11/2020/ENFERMAGEM-ENA
PROCESSO Nº 23072.229385/2020-07
ASSUNTO: PARECER DE PROJETO DE PESQUISA

Nome do Projeto de Pesquisa: RISCOS ASSISTENCIAIS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE BELO HORIZONTE

Interessada: Profa. Prof.ª Dr.ª Marília Alves (orientadora)

Orientanda: Valéria Cristina da Silva (Mestrado em Enfermagem)

Instituição responsável: Escola de Enfermagem da UFMG

Relatora: Profa. Dr.ª Márcia dos Santos Pereira

Área Temática: Área de Conhecimento Ciências da Saúde / Enfermagem

Histórico

Recebi em 24 de Setembro de 2020 o projeto supracitado, enquanto membro da Assembleia Departamental do ENA, para análise e emissão de parecer.

Justificativa: As Organizações de Saúde, em especial os hospitais, cada vez mais tem se preocupado com a qualidade dos serviços prestados promovendo um atendimento de qualidade e com segurança (FRAGATA; MARTINS, 2008). A qualidade na assistência ao paciente nos serviços de saúde tem sido discutida, a fim de assegurar que o cuidado prestado ocorra de forma eficaz e eficiente, livre de erros ou falhas (BRASIL, 2011). A inclusão e aprimoramento de novas tecnologias e inovação nas diferentes formas de gestão dos serviços de saúde tem promovido resultados seguros e com qualidade (BRAND; et al, 2011). Entre as medidas, a adoção da gestão de riscos tem favorecido ações voltadas para minimizá-los, evitando os eventos adversos (EA) e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde (BRASIL, 2011). No entanto, alguns serviços hospitalares, na submissão a processos avaliativos tem se deparado com questões não resolvidas, tais como (re)conhecimento dos riscos e sua gestão, uso de ferramentas e o entendimento da cultura organizacional entre outros, que precedem as avaliações, exigindo a identificação de situações que possam comprometer a segurança do paciente. Considerando

as dificuldades em realizar a gestão de riscos devido à falta de políticas institucionais e envolvimento das equipes com aspectos relacionados à segurança do paciente e desconhecimento dos riscos existentes, questiona-se **qual a percepção dos profissionais de um Centro de Diagnóstico de Imagem (CDI) quanto aos riscos assistenciais presentes em seu ambiente de trabalho?** Assim como primeiro passo desta investigação tem-se como **objeto de estudo a Percepção de riscos assistenciais pelos profissionais em um CDI**. Optou-se por realizar o estudo no CDI, considerando que há escassez de estudos relacionados ao setor como parte de um serviço que presta assistência ao paciente. E culturalmente, percebe-se que as unidades hospitalares tendem a considerar o CDI como prestador de serviço externo à unidade e não como um setor onde há cuidados assistenciais. Estudos sobre CDIs são importantes, tendo em vista que são unidades abertas e com diferentes rotinas de trabalho e riscos de naturezas diversas. Além disso, a cada dia novas tecnologias são incorporadas trazendo mudanças, exigindo capacitação da equipe e a exigência de uma assistência de qualidade.

Objetivo geral: Analisar a percepção dos profissionais de um Centro de Diagnóstico de Imagem sobre os riscos assistenciais.

Objetivos específicos:

- Descrever a compreensão dos profissionais sobre riscos assistenciais;
- Identificar os riscos assistenciais presentes no ambiente de trabalho CDI na perspectiva dos profissionais;
- Identificar ações implementadas pelos profissionais que favorecem a mitigação dos riscos assistenciais.

Materiais e Métodos

Tipo de estudo: Trata-se de um estudo de caso único de abordagem qualitativa.

Local do estudo: O estudo será realizado no CDI de um hospital de grande porte e de ensino, de Belo Horizonte com atendimento 100% SUS. O hospital possui 460 leitos, sendo referência para a Rede SUS-BH e do Estado no atendimento de alta complexidade nas seguintes especialidades: clínica médica, urologia, neurologia, neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia geral e ortopedia.

Coleta de dados: Os dados serão coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, observação e análise documental, tendo em vista que o estudo de caso exige diferentes evidências dos fenômenos estudados. Será agendado um horário para a entrevista e os profissionais serão sorteados, por categoria a partir da lista fornecida. Caso haja recusa, novo sorteio de profissional daquela categoria será realizado. Será utilizada a saturação dos dados para encerrar as entrevistas. Serão consultados documentos relacionados à história da Instituição, política de recursos humanos, protocolos institucionais e política do hospital em relação a riscos assistenciais. Será realizada, também, observação assistemática da dinâmica da unidade que será registrada em um diário de campo e utilizada para enriquecimento da análise. Na entrevista serão feitas as seguintes perguntas: fale-me sobre o seu trabalho nesta unidade; para você o que são riscos assistenciais? Que riscos podem existir nesta unidade assistencial para os pacientes? Quando ocorre um evento adverso que medidas são tomadas? Por quem? Há no hospital sistema de identificação e tratamento dos riscos? Fale-me um pouco sobre o que é feito para evitar eventos adversos no CDI

Análise dos resultados: Os dados serão submetidos à Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011)

para que seja possível analisar as diferentes fontes de dados, inclusive documentos e notas de observação (NO). Na primeira fase, pré-análise, será realizada leitura flutuante; escolha dos documentos; formulação de hipóteses e objetivos, e elaboração de indicadores. Na segunda fase, será realizada a exploração do material, identificando os temas presentes nos textos, agrupando-os e reagrupando-os para a construção das categorias. E por último, tratamento e interpretação dos resultados. Segundo Yin (2015), a análise documental tem como objetivo coletar dados sobre eventos, a fim de corroborar e aumentar a evidência das entrevistas. Além disso, o uso de documentos possibilita melhor precisão das informações do contexto histórico da instituição. A observação será utilizada para enriquecer a análise. Após transcrições das entrevistas, será desenvolvido um sistema de códigos, leitura e codificação das entrevistas. Para auxiliar na organização dos dados, será utilizado o software MAXQDA®, versão 18.1.

Amostra: Os participantes serão profissionais da equipe multiprofissional de saúde e pessoal administrativo do CDI. Inicialmente será solicitada autorização para a realização da pesquisa, apresentados seus objetivos e finalidade e solicitada a lista de servidores do setor, da qual serão sorteados os possíveis participantes. Buscar-se-á a participação de pelo menos um representante de cada categoria dos turnos diurno e noturno. A partir do sorteio os profissionais serão contatados e esclarecidos sobre a pesquisa e convidados a participar da mesma. Serão agendadas a entrevistas a serem realizadas em espaço privativo no local e horário de trabalho de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Poderão ser incluídos novos participantes no decorrer da pesquisa, caso sejam identificados informantes chave que detenham informações relevantes para a compreensão do fenômeno.

Critérios de inclusão: Serão critérios de inclusão, estar lotado no setor e ter vivência superior a 06 (seis) meses nas atividades do CDI.

Critérios de exclusão: Como critérios de exclusão serão considerados os profissionais em gozo de férias ou afastados de suas atividades por motivo de doença ou licença no momento da coleta de dados.

Riscos: A possibilidade de risco ao participar dessa pesquisa é mínima e pode estar relacionada ao desconforto ou constrangimento em responder a algumas perguntas, sendo que terá o direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionam constrangimentos de qualquer natureza e o direito de se retirar do estudo a qualquer momento sem prejuízos institucionais.

Benefícios: Os benefícios e a relevância desta pesquisa estão na compreensão/ reflexão sobre riscos que podem ocorrer no CDI no cotidiano de trabalho. Espera-se com esse estudo colaborar com a instituição levantando os riscos, como primeiro passo para a gestão de riscos.

Questões éticas: O presente estudo, por envolver seres humanos, e atender os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), será apresentado à Câmara Departamental de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Após aprovação, será encaminhado e submetido ao Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/ UFMG,) via Plataforma Brasil, mediante carta da instituição autorizando a realização do estudo. Após a aprovação no COEP, será entregue à instituição em que será realizada a pesquisa para dar início ao estudo.

Cronograma: Propõe-se realizar o estudo no prazo de 9 meses.

Orçamento: Estudo autofinanciado pela mestranda.

Mérito: Projeto é relevante, há escassez de estudos sobre o tema e, considerando as dificuldades em

realizar a gestão de riscos devido à falta de políticas institucionais e envolvimento das equipes com aspectos relacionados à segurança do paciente e desconhecimento dos riscos existentes, buscará **conhecer a percepção dos profissionais de um Centro de Diagnóstico de Imagem (CDI) quanto aos riscos assistenciais presentes em seu ambiente de trabalho**. Estudos sobre CDI's são importantes, tendo em vista que são unidades abertas e com diferentes rotinas de trabalho e riscos de naturezas diversas. Além disso, a cada dia novas tecnologias são incorporadas trazendo mudanças, exigindo capacitação da equipe e a exigência de uma assistência de qualidade. A orientadora tem notório reconhecimento pelos trabalhos desenvolvidos e inquestionável competência para acompanhar o desenvolvimento da pesquisa.

Conclusão: Considerando a relevância da pesquisa, que os riscos para os participantes do estudo são aqueles relacionados com a confidencialidade dos dados, que os pesquisadores responsáveis se comprometem a cumprir os termos da Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sou, salvo melhor juízo da Assembleia Departamental do ENA, favorável à aprovação do projeto de pesquisa '**RISCOS ASSISTENCIAIS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE BELO HORIZONTE**'.

Belo Horizonte, 25 de setembro de 2020.

MÁRCIA DOS SANTOS PEREIRA
Membro da Assembleia Departamental



Documento assinado eletronicamente por **Marcia dos Santos Pereira, Professora do Magistério Superior**, em 25/09/2020, às 17:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do **Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015**.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0279786** e o código CRC **B464E79C**.

realizar a gestão de riscos devido à falta de políticas institucionais e envolvimento das equipes com aspectos relacionados à segurança do paciente e desconhecimento dos riscos existentes, buscará **conhecer a percepção dos profissionais de um Centro de Diagnóstico de Imagem (CDI) quanto aos riscos assistenciais presentes em seu ambiente de trabalho**. Estudos sobre CDIs são importantes, tendo em vista que são unidades abertas e com diferentes rotinas de trabalho e riscos de naturezas diversas. Além disso, a cada dia novas tecnologias são incorporadas trazendo mudanças, exigindo capacitação da equipe e a exigência de uma assistência de qualidade. A orientadora tem notório reconhecimento pelos trabalhos desenvolvidos e inquestionável competência para acompanhar o desenvolvimento da pesquisa.

Conclusão: Considerando a relevância da pesquisa, que os riscos para os participantes do estudo são aqueles relacionados com a confidencialidade dos dados, que os pesquisadores responsáveis se comprometem a cumprir os termos da Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sou, salvo melhor juízo da Assembleia Departamental do ENA, favorável à aprovação do projeto de pesquisa '**RISCOS ASSISTENCIAIS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE BELO HORIZONTE**'.

Belo Horizonte, 25 de setembro de 2020.

MÁRCIA DOS SANTOS PEREIRA
Membro da Assembleia Departamental



Documento assinado eletronicamente por **Marcia dos Santos Pereira, Professora do Magistério Superior**, em 25/09/2020, às 17:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do **Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015**.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0279786** e o código CRC **B464E79C**.

ANEXO III – CARTA DE ANUÊNCIA

NÚCLEO DE
ENSINO, PESQUISA
E EXTENSÃO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, **Yara Cristina Neves Marques Barbosa**, na qualidade de Diretora Assistencial, Ensino e Pesquisa do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC) e sob o parecer nº 37/2020, autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado: *"Riscos assistenciais na perspectiva dos profissionais de um Centro de Diagnóstico por Imagem de um Hospital de Grande Porte de Belo Horizonte"*, promovido pelo Universidade Federal de Minas Gerais, sob a responsabilidade da pesquisadora/orientadora Dra. Marília Alves, além de investigadora Valéria Cristina da Silva pertencente ao Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro/HMDCC. Esta instituição está ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados neste projeto e concorda em fornecer os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado: o cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS nº 466/2012, a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa e a inexistência de qualquer ônus para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.

Belo Horizonte, 07 de janeiro de 2021.



Maura Helena Ladeira de Oliveira – Matr. 020
Diretora Administrativa Financeira
Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro

P/ **Dr. Yara Cristina Neves Marques Barbosa**
Diretora Assistencial, Ensino e Pesquisa HMDCC

☐ (31) 3472 - 4112
☐ (31) 3472 - 4173
☐ (31) 3472 - 4102

☐ Rua José de Oliveira Fernandes
☐ nº340, Bairro Milionários
☐ Região do Barreiro

☐ ensino.pesquisa@hmdcc.com.br
☐ www.hmdcc.com.br
☐ @susquedacerto