



FACULDADE PARAENSE DE ENSINO

ROSINEIDE GONCALVES PACHECO

PAMELA GESSICA BRITO MORAES

JOSENILDA DOS SANTOS

**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
HEMODIÁLISE.**

Belém

2017

ROSINEIDE GONCALVES PACHECO
PAMELA GESSICA BRITO MORAES
JOSENILDA DOS SANTOS

**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
HEMODIÁLISE.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Enfermagem da Faculdade
Paraense de Ensino, como requisito
avaliativo para obtenção de Grau de
Enfermeiro sob a Orientação: Prof.^a
MSc. Maria da Conceição Nascimento
Freitas.

Belém

2017

Biblioteca de Graduação – Faculdade Paraense de Ensino

P116p Pacheco, Rosineide Goncalves.
Percepção do enfermeiro sobre segurança do paciente em hemodiálise. /
Rosineide Goncalves Pacheco, Pamela Gessica Brito Moraes, Josenilda dos
Santos. _ Belém, 2017.

58 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade Paraense de
Ensino, Belém, 2017.

Orientadora: Prof.^a Msc. Maria da Conceição Nascimento Freitas.

1. Enfermagem. 2. Hemodiálise. 3. Segurança paciente. 4. Percepção. I.
Título.

CDU 616.083

ROSINEIDE GONCALVES PACHECO
PAMELA GESSICA BRITO MORAES
JOSENILDA DOS SANTOS

**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
HEMODIÁLISE.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Enfermagem da Faculdade
Paraense de Ensino, como requisito
avaliativo para obtenção de Grau de
Enfermeiro sob a Orientação: Prof.^a
MSc. Maria da Conceição Nascimento
Freitas.

Banca Examinadora

Prof.^a MSc. Maria da Conceição Nascimento Freitas
Orientadora – Faculdade Paraense de Ensino

Prof.^a MSc. Karina Faine da Silva Freitas
Membro da banca examinadora
Faculdade Paraense de Ensino

Espec. Amanda Conceição Braga de S. de Paiva
Membro da banca examinadora

Apresentado em: / / .

Conceito: _____

AGRADECIMENTO

A Deus por termos chegado até aqui neste momento

Aos nossos familiares e amigos que nos acompanharam.

A nossa orientadora MSc. Maria da Conceição pelo suporte que nos foi prestado.

A todos os mestres por terem nos proporcionado conhecimento, sabedoria e principalmente pela força carinhosa e dedicada, ao passar para nos o processo de formação profissional. Não somente ter nos ensinado, mais por terem nos ajudado crescer profissionalmente.

Aos nossos pais, pelo amor e incentivo e pelas orações que nos eram dedicadas.

Aos enfermeiros que contribuíram com este estudo.

A todos que nos incentivaram nos momentos difíceis de luta e batalha que torceram por nos.

O nosso muito obrigado

“...tudo posso naquele que me fortalece”

(Filipenses 4.13).

RESUMO

A insuficiência renal ocorre quando os rins são incapazes de remover os resíduos provenientes do metabolismo celular ou de realizar as funções reguladoras. O objetivo desse estudo foi analisar a percepção do enfermeiro sobre a segurança do paciente em hemodiálise. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, descritivo-exploratória. Os dados foram obtidos a partir de entrevista por meio de roteiro dos enfermeiros que trabalham em uma clínica de Hemodiálise na cidade de Belém-PA no mês de setembro de 2017. Observamos que as entrevistadas possuem experiência na área de nefrologia, os quais possuem expertise em responder sobre o objeto de estudo. O enfermeiro, ao gerenciar o processo de cuidado e no exercício da gerência da unidade, como líder da equipe de enfermagem, está inserido no ponto central do processo de capacitação e desenvolvimento da sua equipe, devendo ficar atento às necessidades de treinamento, bem como implementando estratégias de ensino-aprendizagem. Portanto, as reflexões trazidas à luz neste texto contribuem para o avanço do cuidado em enfermagem em sua dimensão física, com repercussões psicossociais de pessoas em tratamento hemodialítico, pautado em intervenções e no uso de ferramentas que promovam a uma assistência segura.

Palavra-chave: Hemodiálise; Segurança do Paciente; Percepção.

ABSTRACT

Renal failure occurs when the kidneys are unable to remove waste from cellular metabolism or to perform regulatory functions. The objective of this study was to analyze the nurses' perception about the safety of patients on hemodialysis. This is a qualitative, descriptive-exploratory study. The data were obtained from an interview by means of a script of the nurses working in a Hemodialysis clinic in the city of Belém-PA in September 2017. We observed that the interviewees have experience in nephrology, which has expertise in about the object of study. The nurse, when managing the care process and in the exercise of the unit's management, as leader of the nursing team, is inserted in the central point of the process of training and development of its team, having to be attentive to the training needs, as well as implementing teaching-learning strategies. Therefore, the reflections brought to light in this text contribute to the advancement of nursing care in its physical dimension, with psychosocial repercussions of people on hemodialysis, based on interventions and the use of tools that promote safe care.

Keywords: Hemodialysis; Patient safety; Perception.

LISTA DE ABREVIATURAS

IR	Insuficiência renal
IRA	Insuficiência renal aguda
IRC	Insuficiência renal crônica
EA	Eventos Adversos
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
DE	Diagnostico de Enfermagem
PE	Processo de enfermagem
HD	Hemodiálise
DP	Dialise Peritoneal
PMP	Pacientes por milhão da população

LISTA DE SIGLAS

SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
NASV	National Agency for Sanitary Vigilance
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 SOBRE O TEMA	11
1.2 JUSTIFICATIVA	13
1.3 SITUAÇÃO PROBLEMA	15
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBEJTIVOS GERAIS.....	17
2.2 OBETIVOS ESPECIFICOS	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 INSUFICIÊNCIA RENAL	18
3.2 INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA	19
3.3 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA.....	20
3.4 UNIDADE DE HEMODIÁLISE.....	21
3.5 ENFERMAGEM NO CUIDADO A INSUFICÊNCIA RENAL	22
3.6 COMPREENDENDO A SEGURANÇA DOPACIENTE.....	24
3.7 EQUIPE DE ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DOPACIENTE.....	26
4 METODOLOGIA	29
4.1 DESENHO.....	29
4.2 LOCAL DA PESQUISA	29
4.3 PARTICIPANTES.....	30
4.4 COLETA DOS DADOS.....	30
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	33
4.7 RISCOS.....	33
4.8 BENEFÍCIOS.....	34
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	35
5.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	36
5.2 SEGURANÇA NO PROCESSO DA HEMODIALISE:SISTEMÁTICA DE PROCEDIMENTO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL.....	38
5.3 NECESSIDADE DE ATENDIMENTO A POLITICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE	40
5.4 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	41
5.5 DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLITICA NACIONAL DE SEGURNAÇA DO PACIENTE	43
6 CONCLUSÃO	45
REFERENCIAS.....	47

APENDICES A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	56
APENDICES B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	58

1. INTRODUÇÃO

1.1 SOBRE O TEMA

A insuficiência renal ocorre quando os rins são incapazes de remover os resíduos provenientes do metabolismo celular ou de realizar as funções reguladoras (RIBEIRO, 2008).

Estima-se que existam mais de 1,5 milhões de pacientes vivendo com insuficiência renal no mundo e que são tratados por meio de sessões de hemodiálise (THE RENAL ASSOCIATION, 2009).

De acordo com o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), no ano de 2012, no Brasil 97.586 pacientes realizavam tratamento dialítico, dos quais, 91,6% estavam submetidos à hemodiálise, sendo então a modalidade de diálise majoritariamente prescrita no país (SESSO et al., 2014).

A hemodiálise é utilizada tanto para pacientes que possuem insuficiência renal aguda (IRA), que necessitam de tratamento em curto prazo, como para pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC), que realizam tratamento por um longo prazo (SOUZA, 2014).

Neste sentido, ressalta-se a atuação dos enfermeiros ao implementar e assegurar núcleos e planos de segurança ao paciente em consonância ao que estabelece o Ministério da Saúde. A equipe de enfermagem durante as sessões de hemodiálise desenvolve uma observação contínua do paciente, prevenindo muitas complicações potenciais (NASCIMENTO, 2005).

O cuidado com a saúde do ser humano envolve as ações de promoção, proteção, manutenção, reabilitação e também o tratamento às doenças, buscando sempre o benefício para o paciente (SOUZA, 2014). Contudo, pode vir acompanhada do potencial de causar eventos adversos (EA) e de gerar risco a segurança do paciente (DUARTE, 2015).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente vem com uma nova proposta de contribuir para a segurança do paciente e dar a qualificação aos serviços ambulatoriais prestados à população renal crônica. Além de fazer vigorar os protocolos e as notificações nos estabelecimentos em geral que prestam assistência e tratamento ao serviço hemodialítico (CORRÊA, 2009).

Com as estratégias obtidas pode-se observar os níveis em atendimento clínicos e planejar como atender as necessidades pertinentes de seu paciente, evitando os riscos ocasionados ao paciente (POLLI, 2014).

O serviço de diálise deve constituir um Núcleo de Segurança do Paciente, responsável por elaborar e implantar um Plano de Segurança, conforme normativa vigente para funcionamento dos serviços de diálise segundo com o que diz a RDC N° 11, de 13 de março de 2014 do Ministério da Saúde.

Os estabelecimentos que trabalham com a hemodiálise têm como objetivo oferecer tratamento, conforto e segurança pacientes renais. Para que o conforto e segurança seja oferecido é necessário à implementação de protocolos para garantir que os mesmos não venham ser acometidos por qualquer casualidade por falta de plano de segurança conforme o que estabelece a RDC 36, de 25 de julho de 2013 do Ministério da Saúde.

A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em uma unidade de hemodiálise, pelo enfermeiro e sua equipe de enfermagem, permite aos clientes em tratamento hemodilítico com acompanhamento detalhado de suas necessidades humanas básicas, favorecendo a identificação de estratégias para aprimorar o atendimento ao paciente, melhorando a qualidade de vida e suas atividades cotidianas (PIRES et al. 2015).

A sistematização desta assistência em uma unidade de hemodiálise é de extrema importância, devido ao alto crescimento do número de pessoas com Insuficiência Renal Crônica no mundo, fazendo com que estas necessitem de um dos dois tipos de diálise existentes, a diálise peritoneal e a hemodiálise, a mais utilizada atualmente (BARBOSA, 2015).

Tendo em vista a importância da segurança do paciente em clínicas de hemodiálise e a assistência prestada pelo enfermeiro frente ao processo ambulatorial de alta complexidade que é a clínica hemodilítica, este estudo se propõe a analisar a percepção do enfermeiro no que diz respeito a segurança do paciente em hemodiálise. Tal estudo servirá como subsídios para que novos estudos sejam traçados acerca do tema e possíveis elaboração de diretrizes para a segurança do paciente em ambientes de hemodiálise.

1.2 JUSTIFICATIVA

A Insuficiência Renal (IR) é uma síndrome clínica, podendo ser especificada por uma redução expressiva, lenta, gradual e crescente, mostrando não apenas falência da excreção renal, mas também das funções metabólicas e endócrinas dos rins (BARBOSA; SALOMON, 2012).

A incidência de pacientes com IR cresce gradativamente, no Brasil como no mundo, tratando-se de um ponto significativo de saúde pública (ROSO et al., 2013).

A IR produz alterações físicas, sistêmicas e fisiológicas, sendo o sistema respiratório um dos mais afetados (NETO; LIMA, 2013). A uremia e a diálise prejudicam os sistemas, provocando efeitos de maneira expressiva na funcionalidade e na qualidade de vida dos pacientes. (JÚNIOR et al., 2013).

No Brasil, entre 2000 e 2006, o crescimento do número de pacientes em diálise foi cerca de 9% ao ano, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) responsável por 89% do financiamento desse tratamento (SESSO, 2011).

Em 2010 o número de pacientes em dialises foi de 92.091 e 91.314 em 2011. Considerando que houve um aumento anual de 3% ao ano em relação a 2010. Mais da metade desses pacientes encontrava-se na região Sudeste (SESSO, 2012). A taxa de prevalência de tratamento dialítico em 2012 foi de 503 pacientes por milhão da população (PMP), variando por região entre 291 pacientes PMP na região Norte a 630 pacientes PMP na região Centro-Oeste.

O aumento global da taxa de prevalência foi quase 6% em relação a 2011, quando essa taxa era de 475/PMP. O número estimado de pacientes que iniciaram tratamento em 2012 no Brasil foi de 34.366, correspondendo a uma taxa de incidência de 177 pacientes PMP. (SESSO, 2014).

A clínica de Hemodiálise é citada por Basso (2001) como um setor destinado ao atendimento de pacientes portadores de insuficiência renal aguda ou crônica. Dotado de pessoal altamente treinado e equipamentos específicos para essa finalidade, visando diminuir a morbidade e mortalidade, oferecendo maior conforto e qualidade de vida aos pacientes.

Desta forma, proporcionar a redução dos riscos como lesões por pressão, quedas, identificação do paciente no setor de hemodiálise é de extrema relevância científica, uma vez que esses pacientes já estão vivendo em ambiente de dor, e

complicações decorrentes desses acidentes não deveriam ser tão frequentes (CORREA; SOUZA, 2012).

O atendimento ao indivíduo com doença renal necessita de um olhar mais humano da equipe de enfermagem e em especial do enfermeiro (SILVA, 2016). O papel do enfermeiro é essencial e baseia-se em, também, oferecer suporte e apoio.

Para que esse suporte ocorra da melhor forma possível à equipe de enfermagem dispõe de um método denominado sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no qual é possível fazer uma avaliação concisa de cada paciente (SANTOS; ROCHA; BERARADINELLI, 2011).

Os enfermeiros que atuam na área de terapia hemodialítica identificam e tratam fenômenos que se constituem foco da prática clínica de enfermagem, mas nem sempre expressam estas condições mediante terminologias da especialidade e o processo de enfermagem (BACHION, 2016) Isso representa desafio mundial, nas diversas áreas de atuação da enfermagem (LEMES 2016).

No contexto da assistência de enfermagem, os erros mais frequentes ocorrem na administração de medicamentos; na transferência de paciente; no trabalho em equipe e comunicação; na incidência de quedas e de lesões por pressão; nos processos de identificação do paciente, na incidência de infecção relacionada aos cuidados de saúde, entre outros (ROQUE, 2010)

Desse modo, compreender a relação entre riscos, características dos cuidados à saúde pode fornecer à enfermagem elementos importantes para a melhoria da assistência. Embora os riscos relacionados aos cuidados de enfermagem venham sendo abordados amplamente na literatura, torna-se importante conhecer como eles são percebidos e avaliados pelos profissionais implicados na assistência direta ao paciente (OLIVEIRA, et al. 2014).

Na atualidade houve um avanço acerca da eficácia e segurança dos aparelhos de hemodiálise, os quais oferecem um tratamento seguro e eficiente, para isso os tais possuem sinais sonoros que indicam alterações em seu sistema como variações de temperatura, fluxo sanguíneo, presença de bolhas entre outros. Ainda assim não se garante totalmente que complicações não venham ocorrer (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

A expressão “segurança do paciente” faz referência aos fatores que influenciam as instituições a empregar a cultura de segurança, levando-se em consideração as melhores práticas (TEXEIRA, 2014). Nas instituições de saúde, as

peessoas com insuficiência renal contam com os cuidados da equipe de enfermagem nas mais diversas ordens, desde os atendimentos de emergências até os procedimentos invasivos (ARUTO et al., 2016)

Esses cuidados muitas vezes podem gerar eventos adversos, os quais provêm de erros ou falhas na realização dos cuidados de enfermagem ou nos processos assistenciais, podendo colocar em risco a segurança do paciente (MEIRELLES et al., 2016).

Em vista, de buscarmos subsídios que evidenciam a percepção do enfermeiro sobre a segurança do paciente em tratamento de hemodiálise; foi realizado, uma busca eletrônica na biblioteca virtual em saúde (BVS) com relação a temática constatando que tem um número significativo de produções científicas sobre o tratamento assistencial em hemodiálise, mas poucos estudos sobre a segurança do paciente em tratamento hemodiálise, então enfatizamos a necessidade e importância em desenvolver o estudo sobre a temática.

Portanto, o estudo aqui proposto é de grande relevância para a assistência de enfermagem em hemodiálise e comunidade científica, uma vez que o aumento é emergente, logo oportunizará discussão no meio acadêmico, contribuirá como base de dados para futuros estudos e publicações, estimulando novas pesquisas em segurança do paciente em tratamento dialítico.

1.3 SITUAÇÃO PROBLEMA

Estudos relacionados à segurança do paciente e à participação do enfermeiro na implantação de estratégias para a melhoria da qualidade e segurança da assistência de enfermagem são necessários e, ao mesmo tempo, recentes e inovadores, podendo ajudar os profissionais da área a conhecer as causas e os efeitos à saúde do paciente, além de possibilitar treinamentos adequados à prevenção de novas ocorrências e implementação da cultura da segurança nos serviços de saúde em geral (OLIVEIRA, 2014).

Atualmente, na área da saúde, há uma imensa busca pela qualidade e pela segurança, apoiada por políticas públicas, gerando mudanças significativas no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos modelos de gestão das instituições (PADILHA, 2011).

Cada vez mais, as instituições de saúde precisam ter como meta prioritária atender integralmente e de maneira segura as necessidades de saúde de seus pacientes, sendo muito importante que as atividades desenvolvidas por seus profissionais estejam fundamentadas em pressupostos filosóficos, científicos e metodológicos claros e apropriados para garantir um modelo assistencial de qualidade (DE ARAÚJO, 2017). A qualidade tem sido uma meta, considerando os constantes aperfeiçoamentos das práticas que buscam a integralidade do cuidado para a satisfação das necessidades de saúde e de segurança de quem depende desses trabalhadores e de seus serviços (PRIOESTE, 2010; DE ARAÚJO, 2017).

Devido a isso, se acrescenta também que dentre os profissionais envolvidos no cuidado, a equipe de Enfermagem ocupa a posição de destaque em prestação de cuidados em Clínica de tratamento de hemodiálise, principalmente através da execução de técnicas que geram desconforto por parte dos procedimentos invasivo, com isso torna-os seguros requer planejamento e execução de protocolos para a segurar que não haja futuros eventos adversos (SILVA, 2016)

Com isso podemos observar que é de máxima importância que as clinicas de hemodiálise possam adotar protocolos de segurança para proporcionar conforto e melhor atendimento aos dialíticos, onde terá como resultados a redução de eventos adversos contribuindo assim para um conjunto de cuidados ao atendimento durante o tratamento diminuindo os riscos de vida dos pacientes, visando melhorar o serviço como um todo (HENRIQUES, 2016) Considerando essa problemática e as experiências que tivemos durante a vivência acadêmica, questionamos:

- ✓ Qual a percepção do enfermeiro sobre a segurança do paciente em hemodiálise?
- ✓ Qual o perfil sócio profissional do enfermeiro atuante em serviço de hemodiálise?

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a percepção do enfermeiro sobre a segurança do paciente em hemodiálise.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Desvelar a percepção do enfermeiro sobre a segurança do paciente em tratamento de hemodiálise
- ✓ Traçar o perfil sócio profissional do enfermeiro atuante no serviço de hemodiálise.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 INSUFICIÊNCIA RENAL

Define-se insuficiência renal a incapacidade dos rins de remover os produtos de degradação metabólica do corpo ou de realizar as funções reguladoras (RIBEIRO, 2008). As substâncias normalmente eliminadas na urina através nos líquidos corporais acumulam-se, em consequência a excreção renal é comprometida, levando a uma ruptura nas funções endócrinas e metabólicas. (SMELTZER, 2003)

A IR é uma doença sistêmica e consiste na via final comum de diferentes doenças dos rins e do trato urinário. Aires (2015) evidencia que os rins são os órgãos responsáveis pela manutenção do volume e da composição do fluido extracelular do indivíduo mantendo-o dentro dos limites fisiológicos compatíveis com a vida. A quantidade e a composição da urina eliminada são consequência do papel regulador do rim (MAYARA et al., 2016).

Existem três mecanismos indispensáveis para que os rins possam desempenhar seu trabalho em perfeita harmonia: a filtração glomerular, a reabsorção tubular e a excreção de diversas substâncias (MAYARA, et al., 2016). Os rins é organizado por unidades complexas denominadas de néfrons tratando-se da menor unidade do órgão sendo ela uma estrutura independente das demais capaz de filtrar e formar a urina sem que as outras estruturas tomem parte do processo (SOUZA; ELIAS, 2006).

Insuficiência renal é a condição na qual os rins perdem a capacidade de efetuar suas funções básicas. A insuficiência renal pode ser aguda (IRA), quando ocorre súbita e rápida perda da função renal, ou crônica (IRC), quando esta perda é lenta, progressiva e irreversível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; SBN, 2017). Além de eliminar resíduos e líquidos do organismo, os rins executam outras funções importantes:

- regulam a água do organismo e outros elementos químicos do sangue como o sódio, o potássio, o fósforo e o cálcio;
- eliminam medicamentos e toxinas introduzidos no organismo;

- liberam hormônios no sangue.

Esses hormônios:

- regulam a pressão sanguínea;
- fabricam células vermelhas do sangue;
- fortalecem os ossos (BRASIL, 2014).

3.2 INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA - IRA

Insuficiência renal aguda é a perda súbita da capacidade de seus rins filtrarem resíduos, sais e líquidos do sangue. Quando isso acontece, os resíduos podem chegar a níveis perigosos e afetar a composição química do seu sangue, que pode ficar fora de equilíbrio (SBN, 2017).

Também chamada de lesão renal aguda, a insuficiência é comum em pacientes que já estão no hospital com alguma outra condição. Pode desenvolver-se rapidamente ao longo de algumas horas ou mais lentamente, durante alguns dias. Pessoas que estão gravemente doentes e necessitam de cuidados intensivos estão em maior risco de desenvolver insuficiência renal aguda (SBN, 2017). Insuficiência renal aguda pode ser fatal e requer tratamento intensivo. No entanto, pode ser reversível. Tudo depende do estado de saúde do paciente (SESSO, 2014).

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) ainda é uma doença de difícil definição (LOPES, et al, 2014). Devido às várias causas e diferentes mecanismos de lesão renal envolvendo velocidade de progressão e prognóstico ainda mais variáveis, esta doença, que determina em torno de 30% das internações em unidades de terapia intensiva, representa um importante problema de saúde pública (NUNES, 2010).

Pode-se a dotar como definição a perda rápida da função renal, com azotemia (elevação de ureia e creatinina). (KELLUM, 2002). A IRA, geralmente, é considerada uma doença do paciente hospitalizado. A incidência pode variar entre 2 a 5% (COSTA, 2003; SBN, 2017).

Lesão renal aguda tem sido proposta em substituição a IRA por ser mais amplo. Abrange desde pequenas alterações na função renal até mudanças que necessitam de terapia de substituição renal (KELLUM, 2002).

Este problema refere-se principalmente a diminuição do ritmo de filtração glomerular, porém ocorre também disfunções no controle do equilíbrio hidroelétrico

e ácido básico. Podem ocorrer alterações hormonais, como a deficiência de eritropoetina e de vitamina D (BURDMANN, 1997).

3.3 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA- IRC

A doença renal crônica atinge 10% da população mundial e afeta pessoas de todas as idades e raças. A estimativa é que a enfermidade afete um em cada cinco homens e uma em cada quatro mulheres com idade entre 65 e 74 anos, sendo que metade da população com 75 anos ou mais sofre algum grau da doença (SESSO, 2014).

O risco de doença renal crônica, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, deve ser avaliado por meio de oito perguntas: Você tem pressão alta? Você sofre de diabetes mellitus? Há pessoas com doença renal crônica na sua família? Você está acima do peso ideal? Você fuma? Você tem mais de 50 anos? Você tem problema no coração ou nos vasos das pernas (doença cardiovascular)? Se uma das respostas for sim, a orientação é procurar um médico (SESSO, 2014).

Os principais sintomas da doença renal crônica são falta de apetite, cansaço, palidez cutânea, inchaços nas pernas, aumento da pressão arterial, alteração dos hábitos urinários como urinar mais à noite e urina com sangue ou espumosa (BRASIL, 2017).

As recomendações das entidades médicas para reduzir o risco ou para evitar que o quadro se agrave incluem manter hábitos alimentares saudáveis, controlar o peso, praticar atividades físicas regularmente, controlar a pressão arterial, beber água, não fumar, não tomar medicamentos sem orientação médica, controlar a glicemia quando houver histórico na família e avaliar regularmente a função dos rins em casos de diabetes, hipertensão arterial, obesidade, doença cardiovascular e histórico de doença renal crônica na família (BRASIL, 2017).

A IRC é a fase mais avançada da doença renal. Consiste na perda progressiva, irreversível e multifatorial, da capacidade dos rins em manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos, gerando alterações nos diversos sistemas do organismo (SMELTZER & BARE, 2009).

A IRC é um problema crescente de saúde pública, com aumento das taxas de incidência e prevalência, desfecho desfavorável e altos custos para o sistema de saúde. Em geral, é uma doença progressiva, levando à falência renal e requerendo terapia de reposição renal (SPANNAUS, 2011)

Nas fases iniciais da IRC, quando as manifestações clínicas e laboratoriais são mínimas ou ausentes, o diagnóstico pode ser sugerido pela associação de manifestações inespecíficas (fadiga, anorexia, emagrecimento, prurido, náusea ou hemólise, hipertensão e edema) (COSTA et., al, 2014). Outras alterações fisiológicas frequentes são: a poliúria (urinar acima de 2,5 litros por dia associado a um aumento na frequência urinária, que pode ser noturna) e a hematúria (existência de sangue na urina) (Ribeiro e cols., 2008). Com o progresso da doença, ocorre o acúmulo de substâncias no sangue e algumas toxinas não eliminadas podem afetar o organismo de diversas maneiras, resultando em um quadro de uremia, devido ao acúmulo de ureia (COSTA et., al, 2014).

Por ser uma doença assintomática, os indivíduos desconhecem a sua existência até o quadro clínico se apresentar bastante avançado e necessitar, com urgência, de tratamento para substituir a função renal (ROMÃO JUNIOR, 2007; SMELTZER & BARE, 2009). O tratamento mais comumente adotado nesses casos é a hemodiálise. Trata-se de um processo mecânico e extracorpóreo, que consiste na remoção de substâncias tóxicas e do excesso de líquido do organismo (COSTA et., al, 2014).

Geralmente, esse tratamento é realizado em uma unidade hospitalar, três vezes por semana, em sessões que duram três ou quatro horas. Além desses cuidados, a pessoa em tratamento deve seguir dietas e ingerir medicamentos que auxiliam na reestruturação do funcionamento renal (THOMAS & ALCHIERI, 2005).

3.4 UNIDADE DE HEMODIÁLISE

A hemodiálise é o procedimento realizado para filtrar o sangue do paciente removendo substâncias indesejáveis, líquidos e eletrólitos em excesso (DE SOUZA SILVA, 2013).

O sangue flui através de um circuito extracorpóreo adaptado a um filtro dialisador, composto por dois compartimentos, um interno por onde passa o sangue e um externo por onde passa em fluxo inverso a solução dializadora, local onde ocorre a difusão de soluto entre o sangue e a solução de diálise resultando na remoção de escórias metabólicas e também na reposição de solutos como o bicarbonato (THOMÉ et al, 2007).

À medida que a IR progride até a fase mais avançada, ou terminal, onde o paciente necessita de terapia substitutiva para continuar vivendo, ocorre uma

mudança substancial nas suas atividades diárias, influenciando diretamente na sua percepção de qualidade de vida, fazendo-se necessário que haja uma adequada abordagem multidisciplinar com objetivo de minimizar as dúvidas e a revolta (ROCHA, 2009; BITTENCOURT et al, 2004).

É indispensável o esclarecimento ao paciente das possibilidades terapêuticas disponíveis que são a hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante renal (DE SOUZA SILVA, 2013).

O termo diálise implica no transporte de água e solutos através de uma membrana semipermeável que pode ser artificial, como na hemodiálise, ou biológica, como na diálise peritoneal (THOMÉ et al, 2007).

A hemodiálise está indicada sempre que houver paralisação da função renal, que pode ser classificada como Insuficiência Renal Aguda (IRA), quando ocorre de forma súbita e geralmente reversível e Insuficiência Renal Crônica (IRC) quando se instala de forma lenta e progressiva acarretando danos permanentes aos rins (MOYSÉS NETO et al, 2000).

O portador de IR, para sobreviver, tem o encargo de realizar uma terapia substitutiva, no caso, a hemodiálise, como alternativa para manter suas funções vitais. São circunstâncias que devem ocorrer em todo o curso da doença, enquanto aguarda o transplante renal (QUEIROZ, 2008).

A hemodiálise é um tipo de tratamento substitutivo da função renal, utilizado para remover líquidos e produtos do metabolismo do corpo quando os rins são incapazes de fazê-lo (QUEIROZ, 2008). Os pacientes podem ser submetidos à diálise durante o resto de suas vidas ou até receberem um transplante renal bem-sucedido (RIELLA, 2000).

Nesta perspectiva, torna-se necessário realizar terapêutica contínua, incluindo atividades socioeducativas com esses pacientes para que eles tenham maior conhecimento sobre a IR e seu tratamento, adquiram segurança e maiores subsídios para o autocuidado e, assim, tenham melhor adesão ao tratamento (MEIRELES, 2004).

3.5 ENFERMAGEM NO CUIDADO A INSUFICIÊNCIA RENAL

No escopo de pacientes portadores de IR, é comum deparar-se com problemas sociais, psicológicos, fisiológicos, e patológicos, fazendo-se necessário

ao profissional que o atende vislumbrar possíveis melhorias, tanto nos cuidados de Enfermagem prestados, quanto na vida dos pacientes (RUBACK, 2016).

Considera-se de grande valia a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com a elaboração dos diagnósticos de enfermagem (DE) no sentido de instrumentalizar os profissionais de enfermagem para um processo de cuidar mais embasado e organizado. (COFEN, 2002)

A determinação de um perfil de DE para o paciente com IR, em terapêutica hemodiálitico, possibilita a melhoria do cuidado de enfermagem prestado, pois dá suporte e direção ao cuidado e estimula o paciente a participar de seu tratamento e do plano terapêutico (HOLANDA; SILVA, 2009).

Dell'Acqua e Miyadahira (2002) acreditam que o cuidado seja mais adequado quando o enfermeiro consegue perceber, por meio de sua experiência, de sua habilidade técnica e cognitiva, as reais demandas de cuidado e, assim, elabora propostas sistematizadas, individualizadas e prioritariamente articuladas com as necessidades reais do paciente/cliente e família.

Nos serviços e setores de hemodiálise, a implantação da SAE ainda ocorre de forma incipiente, não sendo expressiva a sua discussão no cenário da literatura nacional (DE ARAUJO SOARES, 2015). *“Entretanto, a maioria dos autores destaca que o PE, em especial o DE, tem uma função essencial para orientar o tratamento hemodiálitico individual e assim atender as necessidades de cada cliente”* (HOLANDA; SILVA, 2009, p. 39).

A realização das prescrições de cuidado para os diagnósticos estabelecidos, de acordo com Smeltzer e Bare (2005), pode ser feita pelo paciente, família, outros membros da equipe de enfermagem ou até mesmo por outros membros da equipe de saúde, sendo que será o enfermeiro a coordenar as atividades de todos os envolvidos na implementação, de modo que a agenda de atividades facilite a recuperação do paciente.

O cuidado de enfermagem ao paciente com doença renal que necessita de hemodiálise configura-se em um desafio, pois impõe aos pacientes restrições e limitações principalmente após a introdução do tratamento hemodiálitico (OLLER GASAO, 2014).

Na maioria dos casos são realizados programas de hemodiálise ambulatorial em regime de três vezes semanais com duração de três a quatro horas semanais

por sessão (BISCAR, 2010). Este período, consideravelmente longo, leva os pacientes a conviver constantemente na presença de profissionais da área da saúde, principalmente os de enfermagem (DE MOURA QUINTANA, 2014).

3.6 COMPREENDENDO A SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente, por meio do gerenciamento de riscos, tem recebido destaque com a implementação de medidas de prevenção (FASSINI, 2012). O enfermeiro permanece a maior parte do tempo na unidade de atendimento e em contato com o cliente, portanto, ele é um dos principais profissionais engajados no gerenciamento de riscos.

Os erros relacionados com a assistência à saúde são, culturalmente, abordados de maneira punitiva, acusando-se o profissional que estava prestando o cuidado direto ao paciente (FASSINI, 2012). A maioria dos erros é cometida por profissionais comprometidos e bem treinados, sendo improvável que punições evitem a ocorrência de novos erros.

Atualmente, evitar a exposição dos pacientes a situações de risco depende da criação de estratégias que antecipem, previnam e impeçam os erros antes de causarem danos (WATCHER RM, 2010). As instituições de saúde esforçam-se para desenvolver uma cultura de segurança do paciente e esperam que cada colaborador esteja preparado para identificar os potenciais perigos e para realizar as mudanças necessárias, ou seja, eliminação, redução e controle dos riscos (GANDHI, 2004).

A gestão de risco é um processo no qual são criadas alternativas para diminuir ou eliminar os efeitos adversos que podem ocorrer durante a prática dos profissionais da saúde (FELDMAN, 2004), além disso, deve contar com um grupo formado por profissionais de diversas áreas (FASSINI, 2012). O enfermeiro desempenha um papel fundamental na composição desse grupo, pois além de exercer várias funções, também gerencia a unidade, tratando-se, portanto, de um profissional com uma visão aguçada em relação à segurança do paciente e à tomada de decisão (FELDMAN, 2008).

Dados de um estudo, realizados nos Estados Unidos, em 1999, indicavam que os erros de cuidado à saúde causavam, aproximadamente, de 44 a 98 mil

eventos adversos, anualmente, nos hospitais daquele país (INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES, 2008).

Por meio deste estudo inicial, tem se destacado movimento global para a segurança do paciente. Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o projeto Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo objetivo fundamental é prevenir danos aos pacientes (RADUENZ, 2010).

A National Agency for Sanitary Vigilance (NASV) que corresponde à ANVISA, no Brasil, preparou, em 2007, proposta nacional para a segurança do paciente, projetado para se ajustar à proposta da OMS. O objetivo foi identificar os tipos específicos e a natureza dos problemas de segurança nos serviços de saúde (RADUENZ, 2010). A proposta da NASV, para a segurança do paciente, visa melhorar a qualidade do serviço hospitalar (RADUENZ, et al., 2010).

Em 2007, a NASV, em parceria com o MS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), promoveu o workshop Segurança do Paciente: um Desafio Global, que promoveu debates e levantou sugestões acerca dos assuntos relacionados à temática (ANVISA, 2007).

Ainda, em 2007, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS, em parceria com o Canadá, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos, definiu cinco problemas comuns no cuidado aos pacientes, propondo soluções através de protocolos operacionais, baseados em evidências científicas (RADUENZ, 2010). Entre eles está a prevenção de erros de medicação (JOINT COMMISSION FOR PATIENT SAFETY, 2008).

Garantir a segurança de todos que utilizam os serviços de saúde é um dos mais importantes desafios que o cuidado em saúde enfrenta, atualmente (DEPARTMENT OF HEALTH, 2008). A identificação, análise e gerenciamento de riscos, relacionados aos incidentes de segurança, são necessários para alcançar cuidado mais seguro e minimizar os danos (RADUENZ, 1999).

Um dos desafios no Brasil ainda é alta rotatividade de profissionais de saúde nos serviços públicos, além da limitação qualitativa dos recursos humanos, do uso indevido das tecnologias e da baixa continuidade da atenção prestada aos pacientes (ALMEIDA, 2011). Ainda, é pequeno o número de hospitais brasileiros que se dedica ao ensino e à pesquisa e assistência, e da discreta utilização da saúde baseada em evidências na assistência ao paciente e das pesquisas sobre

segurança do paciente que estão restritas a ilhas de excelência (VICTORA, et al., 2011).

O programa nacional de segurança do paciente faz-se necessário porque vem ao encontro do moderno conceito em saúde de prevenção quaternária, que objetiva a detecção de indivíduos em risco de intervencionismo excessivo em saúde, que implica atividades desnecessárias, e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis, atenuando ou evitando efeitos adversos (BENTEZEN, 2003).

O programa de segurança do paciente deve ser difundido nas diferentes instituições que compõem o sistema de saúde em todos os estados da federação a fim de que conheçam e compartilhem o conhecimento acerca dos resultados obtidos na assistência, incluindo os resultados negativos (CAPUCHO, 2013). Portanto, a implantação de um sistema nacional de notificações de incidentes deve ser uma das ações prioritárias de um programa nacional de segurança do paciente que contemple, minimamente, metas para gestão dos riscos envolvendo a assistência à saúde, tais como a identificação correta de pacientes, redução de infecções hospitalares, erros em procedimentos como cirurgias e medicação, que estão entre as chamadas nove soluções para a segurança do paciente, segundo a OMS (CAPUCHO apud, PAIL et al., 2011).

3.7 EQUIPE DE ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO PACIENTE

O Código de Ética dos Enfermeiros leva em consideração as necessidades da população e os direitos ao cuidado de enfermagem, focado na pessoa, família e coletividade, e assume que os enfermeiros, em conjunto com os pacientes, defendam o cuidado à saúde, livre de riscos preveníveis e danos, e acessível a toda a população (COFEN, 2008). A melhoria da segurança do cuidado em saúde reduz as doenças e danos, diminui o tratamento e/ou o tempo de hospitalização, melhora ou mantém o status funcional do paciente, e aumenta sua sensação de bem-estar (CONSTATINOU, 2004 e OMS, 2002).

Entretanto, mesmo com as iniciativas das instituições e dos representantes mundiais, existe evidência inadequada sobre o melhor caminho para alcançar a segurança de medicação, nos complexos sistemas de saúde. No contexto hospitalar, muitos fatores podem provocar danos aos pacientes (RADUENZ, 2010).

O ambiente do cliente envolve muitos fatores físicos, psicológicos, culturais, entre outros, que influenciam ou afetam a sobrevivência (CONSTATINOU, 2004).

Uma vez que os profissionais são responsáveis pelo planejamento e intervenção apropriada com a finalidade de manter ambiente seguro, é vital o desenvolvimento de pesquisa em enfermagem sobre segurança de medicação (SILVA, 2016).

Ressalte-se, ainda, que, na busca por uma assistência de qualidade na enfermagem, devemos ter como base um relacionamento de confiança por meio do diálogo, no qual a comunicação deve acontecer pelo uso de uma linguagem acessível no nível de entendimento do paciente e seus familiares, levando em consideração suas opiniões, sentimentos e necessidades (FARIAS, 2009).

Sendo assim, a segurança do paciente pode ser definida sucintamente, como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar (THE NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2012). Dentre os métodos de mensuração do clima de segurança, o mais usado é a mensuração numérica por meio de escalas e questionários (RIGOBELLO, 2012).

A enfermagem, responsável pelas últimas etapas que é preparo e administração de medicamentos, pode detectar alguma falha e parar todo processo, isso muitas vezes não acontece e a culpa do evento é atribuída à enfermagem. Isto aumenta a responsabilidade destes profissionais (MINISTERIO DA SAUDE, 2013).

Os erros podem trazer prejuízos diversos aos pacientes, desde o aumento de sua permanência em um ambiente hospitalar, necessidade de intervenção diagnóstica e terapêutica, até mesmo a morte. Além de danos ao cliente, há, também, aspectos econômicos, como, aumentos dos custos das internações hospitalares (BOHOMOL, 2007).

Os erros nem sempre são por falha humana, ocorrem também por falhas no sistema, mas ainda persiste a cultura de atribuir a culpa da falha ao profissional da enfermagem (CARVALHO, 2007). Deste modo, os erros nem sempre são relatados devido ao medo das medidas administrativas, punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos que podem ser aplicadas ao profissional envolvido (NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION, 1999).

Muitas vezes, o erro de medicação só é descoberto quando o paciente apresenta alguma manifestação clínica após a administração, ou algum dano foi

percebido ao cliente (COIMBRA, 2001). Perante um erro, o supervisor deve não só avaliar as falhas técnicas, mas também os outros fatores que podem desencadeá-lo, como organização do trabalho, sobrecarga de trabalho, recursos humanos insuficientes, profissionais mal treinados, locais desprovidos de recursos financeiros, como planta física inadequada, presença de ruídos e baixa luminosidade (CASSIANE, 2002).

Na ocorrência de um erro, o enfermeiro deve iniciar uma investigação criteriosa evidenciando todos os detalhes, tais como, horário, pessoal envolvido, turno, tipo de erro, estágio do processo que ocorreu o erro e possíveis falhas no sistema a fim de corrigir e preveni-los, e não atribuir a culpa somente ao profissional envolvido (FRANCO, 2010).

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO

Para elaboração deste estudo optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva por entendermos ser esta opção mais apropriado para o tema. A pesquisa qualitativa busca diminuir a distância entre dados e a teoria para então compreender os fenômenos pela sua descrição e interpretação (TEIXEIRA, 2013).

As características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências (GERHARDT E SILVEIRA, 2009, P. 32).

Pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição de fatos e fenômenos de determinada realidade, dentre as pesquisas descritivas destaca-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um determinado grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, etc. Exigindo que o investigador busque por uma série de informações sobre o assunto desejado para a elaboração da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987)

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A Pesquisa foi realizada nas dependências de uma clínica de hemodiálise da cidade de Belém-Pará localizada na Rua Municipalidade, 1709 - Umarizal, Belém - PA, 66050-350.

A clínica iniciou sua história em outubro de 2011 se instalou com o objetivo de ser referência no tratamento de doenças renais e oferecer conforto e segurança a seus pacientes, sua estrutura física conta com 1.000 m² de área criada especialmente para atender seus paciente de forma confortável e segura.

A clínica de hemodiálise dispõe dos seguintes serviços: veículo para transporte gratuito de pacientes; máquinas de hemodiálise Fresenius 4008 S, com a

vantagem de serem equipadas com monitores de pressão e de clearances integrado; BCM, equipamento de última geração para medição precisa de peso seco; Osmose reversa online, Capaz de produzir água de ótima qualidade; Poltronas com televisores individuais proporcionando maior conforto ao paciente (NEFROCENTRO, 2017).

4.3 PARTICIPANTES

Os sujeitos deste estudo foram enfermeiros que trabalham nos turnos matutino e vespertino da clínica de hemodiálise, onde foram incluídos neste estudo os 5 enfermeiros da clínica que aceitaram participar e assinaram o termo de consentimento livre esclarecido possuindo idade acima de 18 anos, e terem mais de um ano de serviço prestado. Serão excluídos deste estudo todos os profissionais da clínica de hemodiálise que não são enfermeiros e os que não assinarem o termo de consentimento livre esclarecido.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de setembro de 2017, nos turnos matutino e vespertino, respeitando a disponibilidade dos enfermeiros para a entrevista deste estudo, sendo concluídos após todos os enfermeiros responderem ao roteiro. Os dados foram registrados em um roteiro de entrevista elaborado pelos próprios pesquisadores baseada nos principais questionamentos discutidos na literatura (APÊNDICE B), o qual servirá de base para a formulação dos resultados.

Os próprios enfermeiros responderam ao roteiro. Os tópicos a serem registrados foram:

1. Aspectos sócio profissional (Faixa, gênero, graduação, tempo de graduação, pós graduação, tempo de pós graduação e tempo de experiência em ambiente dialítico).
2. Roteiro de Entrevista Semiestruturada (questionando aos conhecimentos relacionados a segurança do paciente, a percepção, facilidade e dificuldades no serviço de hemodiálise).

Inicialmente foram feitas 03 visitas na clínica, com intuito de observarmos o funcionamento da clínica e a melhor forma para poder aplicar o roteiro de entrevista. As visitas se foram da seguinte forma:

No primeiro momento os autores falaram com a direção da clínica de hemodiálise para a apresentação do projeto e possivelmente o aceite da Instituição com carta; Em um segundo momento apresentar o projeto para os enfermeiros da clínica selecionada, pois os mesmos foram colaboradores, uma vez que a aplicação do roteiro de entrevista se dará em horário de trabalho e os mesmos responderão ao questionário.

No terceiro momento foram convidados os enfermeiros a participar voluntariamente deste estudo os que se sentiram convidados foi entregue os TCLES (apêndice C)

Já em um quarto momento foi recebido TCLES por parte dos enfermeiros devidamente assinado. Feito isso foi iniciado a coleta dos dados com a aplicação dos questionários nos turnos de funcionamento da clínica na orientação e supervisão dos pesquisadores respeitando sempre a ética e a privacidade dos pesquisados.

Após a análise dos dados e chegado aos resultados será sugerido a clínica de hemodiálise possível elaboração de protocolo assistência de segurança ao paciente hemodialítico.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise do roteiro foi realizada de acordo com a técnica de análise de conteúdo temático, que envolve a pré-análise do conteúdo dos questionários transcritos na íntegra, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, permitindo assim o surgimento de categorias e subcategorias. Tal referencial aborda uma descoberta de núcleos de sentidos evidenciados a partir dos temas que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência apresentam significado para o objetivo do estudo (BARDIN, 2011).

Diante dessa diversificação e também aproximação terminológica, optou-se por elencar as etapas da técnica segundo Bardin (2006), o qual as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2006).

A segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro) (LOPES, 2016)

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006).

Tendo em vista as diferentes fases da análise de conteúdo proposta por Bardin (SILVA, 2015), destacam-se como o próprio autor o fez, as dimensões da codificação e categorização que possibilitam e facilitam as interpretações e as inferências. No que tange à codificação, “corresponde a uma transformação – efectuada (SIC) segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão” (Bardin, 2006, p. 103 apud SANTOS, 2017).

Após a codificação, segue-se para a categorização, a qual consiste na: classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos ... sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão

dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 2006, p. 117 apud DA SILVA, 2015).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A coleta dos dados ocorreu após a aprovação do comitê de ética e pesquisa, atendendo as exigências do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, cumprindo os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual incorpora sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os quatro princípios Básicos da bioética: Autonomia, não maleficência, beneficência e justiça; assegurando desta forma, o total sigilo e anonimato de todas as pessoas envolvidas neste estudo.

O estudo baseia-se respeitando os aspectos éticos e legais conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes da pesquisa científica envolvendo seres humanos. A pesquisa só foi realizada após ser submetida a Plataforma Brasil e a aprovação do Comitê de Ética e autorização da clínica.

4.7 RISCOS

Os riscos contidos neste estudo foram inerentes aos participantes. Uma vez realizados com a observância das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (2012), obedecendo às normas de Biossegurança e guardando o sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos são próximos de zero. Pois, os questionários aplicados tiveram códigos numéricos sendo possível a identificação de todos os participantes por meio destes, que estavam também presente também no TCLE. A participação nesta pesquisa não teve nenhuma submissão do participante a nenhum tratamento médico, psicológico, fisioterápico, nutricional e etc. Partindo do princípio que toda pesquisa apresenta riscos, mesmo que mínimos, nessa pesquisa os participantes podem sofrer risco de quebra de sigilo de informação. Porém, as pesquisadoras se comprometem em assegurar o sigilo em anonimato com relação as dados contidos nos questionários, somente as pesquisadoras e o orientador tiveram acesso as esses dados que só

foram usados para fins científicos e foram publicados somente após a conclusão da pesquisa usando códigos.

As pesquisadoras também se comprometeram em começar a pesquisa somente após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4.8 BENEFÍCIOS

Em relação aos benefícios, esta pesquisa visa fornecer ampliação e atualização técnica científica específica aos profissionais de saúde a respeito de protocolo de assistencial, o que poderá auxiliá-los na prática assistencial aos pacientes em cuidados hemodialítico e assim favorecer a melhoria assistencial específica prestada a essa clientela, ajudando dessa forma na melhoria da qualidade de vida do paciente. Vale ressaltar a escassez de produções científicas nesta área em nosso país. Portanto, este estudo é de grande importância para a área da saúde, principalmente para a enfermagem e comunidade em geral.

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, que possibilitou organizar o conjunto das falas emitidas pelos enfermeiros que atuam na unidade aqui proposta durante as entrevistas e descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência podem revelar aspectos significativos sobre a percepção do enfermeiro sobre a segurança do paciente em hemodiálise.

Quadro 1. Perfil sócio demográfico

Código	Idade	Gênero	Tempo de graduação	Especialização em nefrologia	Tempo de experiência na Nefrologia
A1	40	F	1 ano	01 ano	6 meses
A2	42	F	20 anos	13 anos	20 anos
A3	35	F	03 anos	03 anos	03 anos
A4	37	M	04 anos	02 anos	02 anos
A5	33	F	09 anos	08 anos	09 anos

Fonte: Entrevista, 2017

As entrevistas foram feitas com 05 enfermeiros vinculados a clínica de hemodiálise NEFROCENTRO, localizada no município de Belém-Pará.

Quanto ao sexo das entrevistadas, 4 (99%) eram do sexo feminino e 1 (1%) do sexo masculino, com idade média de 37 anos. Quanto ao tempo de graduação os enfermeiros tinha em média 7,4 anos de formados. Em relação a pós graduação 100% dos enfermeiros entrevistados possuem especialização em Nefrologia. Com 5,4 anos em média é o tempo de pós-graduação que os entrevistados possuem. Em Relação à experiência profissional na área de Nefrologia a média é de 9.1 anos de serviço.

Portanto, observamos que as entrevistadas possuem experiência na área de nefrologia, ao qual possuem expertise em responder sobre o objeto de estudo.

O enfermeiro, ao gerenciar o processo de cuidado e no exercício da gerência da unidade, como líder da equipe de enfermagem, está inserido no ponto central do processo de capacitação e desenvolvimento da sua equipe, devendo ficar atento às necessidades de treinamento, bem como implementando estratégias de ensino-aprendizagem (DUARTE, 2015).

Assim, a presença da educação permanente é considerada pelos participantes como uma melhor prática no intuito de desenvolver conhecimentos, habilidades e práticas, possibilitando um cuidado qualificado e seguro ao paciente. A orientação e o treinamento de pessoal são considerados importantes não apenas na socialização e no processo de formação, como também para garantir o clima motivacional da equipe e partilhar responsabilidades de forma integrada (SANTOS, 2010).

A Resolução COFEN n. 389/2014 regulamenta dupla onde o enfermeiro passa a assumir função: como enfermeiro assistente e também como responsável técnico na hemodiálise devendo ser prestada pelo profissional enfermeiro especializado, que tenha conhecimento científico aprofundado e habilidades técnicas para resolução de ocasiões clínicas de maior complexidade (CASTRO, 2016; COFEN; 2014).

Um fator positivo é a constatação do interesse pela qualificação em nível de pós-graduação, do estilo *lato sensu*, das enfermeiras entrevistadas, uma vez que as diretrizes curriculares nacionais nas instituições superiores preconizam a formação do enfermeiro generalista, não abordando de forma ampla o ensino em nefrologia. Assim sendo, profissionais ingressam no mercado de trabalho com carências nas competências relacionadas ao processo saúde/doença no âmbito da nefrologia, corroborando para ineficácia do atendimento e das intervenções às necessidades de saúde do indivíduo. A nefrologia é um campo específico, onde muitas vezes, a formação generalista para a prática do enfermeiro é insuficiente (HERCOS, 2011).

A partir da análise dos dados, emergiram 5 categorias que são apresentadas descritas e discutidas a seguir:

5.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NA HEMODIÁLISE

Nesta categoria temática, as entrevistadas relataram que proporcionar segurança no tratamento do paciente em hemodiálise, significa prestar uma assistência de qualidade, segurança do profissional e prevenção de acidentes, como observamos nas falas.

“Qualidade no atendimento e qualificação satisfatória da assistência prestada”
(A1).

*“É a **qualidade do cuidado** na assistência ao paciente renal crônico em hemodiálise, paralelo a **segurança do profissional** em conjunto com a família do paciente, gestão de saúde e sociedade” (A4).*

*A segurança do paciente no tratamento de hemodiálise é de suma importância a fim de proporcionar a **melhor atenção à saúde** neste ambiente com grandes **riscos de possíveis eventos adversos, como acidentes com perfuro cortantes, troca de capilares, administração de medicação erradas, embolia entre outros necessitando de uma assistência segura** (A5).*

Portanto, a segurança do paciente em tratamento hemodialítico, exige do enfermeiro, não só a técnicas bem executada, como também seguir protocolos a fim de garantir componentes que irão proporcionar uma melhor assistência e qualidade no atendimento:

Proporcionar segurança ao paciente significa reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de danos desnecessários nos cuidados de saúde, considerando a somatória dos recursos humanos e materiais e o contexto em que a ação foi tomada, diante do risco de não tratamento ou de outro tratamento (WHO, 2009). Trata-se, então, de reduzir atos inseguros nos processos assistenciais e usar as melhores práticas e técnicas descritas, de forma a alcançar os melhores resultados para o paciente (GASPERI, 2014)

Diversas estratégias foram elaboradas pelos órgãos responsáveis pelo controle da segurança do paciente, com a finalidade de desenvolver nos profissionais a prestação de cuidados seguros, através de pesquisas que pautassem essas ações, de forma a comprovar que um dos principais fatores que colaboravam para isso era o processo de formação dos profissionais (SILVA, 2017).

Também, com o mesmo propósito da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a (Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) – JCAHO, foi designada pela OMS, em 2005, como primeiro centro colaborador dedicado à segurança do paciente, a qual propôs seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, que são soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas (DAS DORES, 2013). Estas metas incluem: 1) Identificar os pacientes corretamente; 2) Melhorar a comunicação efetiva; 3) Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos; 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos

cuidados de saúde; 6) Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas (JCAHO, 2008).

A assistência segura tem sido o tema central de discussões na área da saúde em quase todas as partes do mundo (URBANETTO, 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem lançado, isoladamente ou em parceria com outras organizações, vários desafios e diretrizes com o intuito de fornecer subsídios para a discussão das realidades locais e, especialmente, para que as instituições de saúde tenham um ponto de partida para implantar e promover medidas de segurança imperativas e urgentes (WHO, 2011).

5.2 SEGURANÇA NO PROCESSO DA HEMODIÁLISE: SISTEMÁTICA DO PROCEDIMENTO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Para as entrevistadas, segurança assistencial ao processo dialítico demanda atendimento sistematizado da assistência, treinamento e capacitação profissional. Como observamos nas falas:

“Os pacientes devem ser atendidos **de maneira uniforme**, sendo identificados os procedimentos e orientados quanto ao plano individual do cuidado e a equipe deve prestar o atendimento de forma qualificada e integrada” (A3)

*“A descrição está na identificação dos hemodializadores no uso individual e intransferível ao paciente. **Resultados positivos na execução de chek list**, na implantação ou acessos vasculares relacionado ao índice de infecção”* (A4).

*“A política nacional de segurança do paciente está bastante presente no dia a dia de algumas clinicas de hemodiálise atualmente, através dos crachás do paciente e do funcionário, **chek list com dados do tratamento do paciente**, bem como paciente certo, capilar certo, entre outros, trata-se de um processo novo e operante já em uso para uma melhor qualidade de assistência e do cuidado de modo mais seguro”* (A5).

A melhoria da qualidade e da segurança está associada à assistência de enfermagem prestada, constituindo um ponto imprescindível no aprimoramento das

ações promovidas e executadas pela equipe suficientes para uma assistência sistematizada e humanizada.

Segundo Araújo, (2016) planejar e organizar um serviço de modo que funcione em conformidade com os padrões de qualidade exigidos, é um desafio contínuo para os gestores de saúde. O líder da equipe é quem devem elaborar o plano individual para prestação de uma assistência sistematizada respeitando as particularidades dos seus clientes (FAGERSTROM, 2014).

Os cuidados envolvem desde a entrada do paciente até a sua saída das sessões de hemodiálise. A educação e assistência do paciente renal é de responsabilidade do enfermeiro, mesmo porque é o profissional que está mais próximo ao paciente. Cesariano, (2013) em seu estudo deixa claro que cabe aos enfermeiros planejar as intervenções necessárias, estar atentos aos sinais vitais, ao funcionamento adequado das máquinas, à anticoagulação, ao conforto do paciente, às intercorrências, à necessidade da presença do médico e ao esclarecimento das dúvidas que podem surgir (MARTINS, 2017).

O enfermeiro, para prestar a assistência de enfermagem com qualidade e humanismo, necessita inserir-se na realidade concreta de forma consciente, competente, técnica e científica (STEIN BACKES, 2005).

Dessa forma, a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a partir de um conhecimento específico e de uma reflexão crítica acerca da organização e da Filosofia do trabalho de enfermagem, constitui-se um Instrumento de fundamental importância para que o enfermeiro possa gerenciar e otimizar a assistência de enfermagem de forma organizada, segura, dinâmica e competente e, ainda, conforme Souza (apud Silva et al., 1990), de forma racional e universal, determinando sua área específica de atuação.

O Cofen, por meio da Resolução nº 358/2009, normatiza a implementação da SAE em todos os ambientes, públicos e privados, onde ocorra o cuidado profissional de enfermagem, lançando mão do Processo de Enfermagem (PE) (DA SILVA, 2016). Esse é definido como uma metodologia de trabalho que visa oferecer subsídios ao desenvolvimento da assistência, tendo como base o método científico (GARCIA, 2009).

Tem como propósito a identificação de uma situação problema de um cliente/clientela, possibilitando, assim, direcionar a implementação adequada das terapêuticas de enfermagem (COFEN, 2009; MENZES, 2011). O PE é uma ferramenta operacional que visa promover a autonomia e cientificidade profissional do enfermeiro,

visando aperfeiçoar a interação paciente-profissional, com o intuito de facilitar a obtenção de dados necessários para um cuidar individualizado (MENEZES, 2011).

5.3 NECESSIDADE DE ATENDIMENTO A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Nesta categoria os enfermeiros relatam a necessidade de mudanças assistenciais para atender ao protocolo de segurança do paciente.

“Ainda temos muito a melhorar a atuação assistencial de enfermagem aos pacientes em hemodiálise. **Precisamos rever as RDC no que tange o quantitativo de pacientes por enfermeiro nas clínicas satélites, onde os mesmos tem que lidar com a assistência e a gerencia, o que acaba dificultando a prestação de uma boa assistência com a implementação da política nacional de segurança do paciente,** vem somar para uma assistência segura e de qualidade, prevenindo os possíveis agravos a saúde deste portadores de doenças crônicas” (A1).

“Por estarmos em um serviço de alta complexidade porém ambulatorial **a dificuldades em aplicar os passos da política nacional de segurança do paciente,** como a prevenção de escara e de escala de Braden” (A2).

Portanto observamos a necessidade de mudanças assistenciais para atender a política de segurança do paciente, a assistência de enfermagem deve seguir o que os protocolos estabelecem, para que não haja o comprometimento da função do enfermeiro tanto na assistência quanto na gerencia. A política nacional de segurança do paciente vem para assegurar a qualidade da assistência tanto em nível ambulatorial como de alta complexidade.

Apesar de o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) promoverem iniciativas da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS, como a campanha para introdução do protocolo de segurança do paciente nos hospitais, a adesão por parte dos serviços é baixa, justamente por não terem uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente. Isso se reflete na alta ocorrência de eventos adversos evitáveis em hospitais brasileiros, que corresponde a cerca de 67% de todos os eventos adversos (MIASSO, 2006; UNRUH, 2012).

O programa nacional de segurança do paciente faz-se necessário porque vem ao encontro do moderno conceito em saúde de prevenção quaternária, que objetiva a

detecção de indivíduos em risco de intervencionismo excessivo em saúde, que implica atividades desnecessárias, e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis, atenuando ou evitando efeitos adversos (CAPUCHO, 2013).

Este estudo contribuirá para um novo olhar acerca das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros das clínicas de Hemodiálise, haja vista que há uma dificuldade na execução principalmente do protocolo de segurança do paciente. Pode-se afirmar, que tais dificuldades seriam pela sobrecarga de trabalho dos enfermeiros nessas unidades.

Os resultados desta pesquisa poderão servir como base para elaboração de novas políticas ou protocolos para a assistência de segurança nesses ambientes, ao qual oferece serviço de alta complexidade e que merecem uma atenção especial.

5. 4 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A capacitação da equipe de enfermagem é de extrema importância para o desenvolvimento das atividades em clínica de Hemodiálise, onde a assistência aos clientes é complexa. Realizar o treinamento e investir em educação continuada da equipe é sem dúvida o diferencial para que os profissionais possam estar preparados tanto no que diz respeito ao conhecimento teórico-prático exigidos para a realização da assistência.

“Profissionais **preparados e que tenham conhecimento teórico e práticos suficientes** para realizarem uma ótima assistência de forma humanizada nesses pacientes” (A2).

” Com o objetivo de buscar bons resultados da equipe de enfermagem de uma unidade de dialise quanto à segurança do paciente, mostrar conhecimento relacionado ao tratamento, a capacitação nos ajuda a sermos seguros em nossas ações e procedimentos realizados” (A3).

O grau de conhecimento e capacitação da equipe de enfermagem em relação à segurança aos procedimentos realizado, contribuem para uma melhoria da execução dos protocolos que a política nacional de segurança do paciente estabelece.

Na busca pela qualidade do cuidado à saúde, a garantia da segurança do paciente se constitui um compromisso das instituições e dos profissionais. Desta forma,

a redução dos riscos inerentes à prestação da assistência se relaciona diretamente com as mudanças na cultura e nos processos de trabalho adotados pelos serviços de saúde, visto que a assistência produzida e consumida é resultante de um sistema complexo de relações, o que torna passível a ocorrência de erros e/ou eventos adversos no processo do cuidado (NASCIMENTO, 2010; NUNES, 2015).

Verifica-se em outros estudos a importância da capacitação profissional do enfermeiro para atuar em unidades de alta complexidade, visto a necessidade de rever e atualizar os seus conhecimentos a fim de acompanhar as constantes mudanças e exigências do mercado de trabalho neste setor (BUCHI & MIRA, 2010; CAMELO, SILVA, LAUS & DIAS, 2013; PRETO & PEDRÃO, 2009).

A capacitação é um processo que representa para o profissional o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, desenvolvimento de habilidades, experiência para que possam exercer determinada função, pois, quanto melhor o profissional for capacitado, maior é a probabilidade de serem competentes no exercício de suas funções (MARTINS, KOBAYASHI, AYOUB & LEITE, 2006).

Cabe ao enfermeiro responsável pelo setor, realizar uma educação permanente, orientando a sua equipe a importância do protocolo de segurança do paciente e que está deve estar sempre presente antes e após as suas ações (TELES, 2017).

O enfermeiro também deve ressaltar que dentro da PNSP existem desde procedimentos simples, mas que é essencial para a recuperação e conforto do paciente, ainda durante a educação permanente, o enfermeiro também deve treinar a sua equipe a realizar uma assistência que tenha um resultado satisfatório e com qualidade pois atendimento a pacientes hemodialítico é considerado complexo por se ter tantos procedimentos invasivos (TELES, 2017).

Profissionais que lidam diretamente com pacientes que realizam tratamento diante de uma condição crônica, e que necessitam de um cuidado direto devem estar aptos a compartilhar orientações que promovam o bem estar e adesão ao tratamento.

No entanto, pode-se afirmar que existe deficiência no aprimoramento dos conhecimentos desses profissionais, uma vez que o serviço não oferece aperfeiçoamentos baseados na educação em saúde, o que impossibilita um maior compartilhamento de conhecimentos a esses profissionais e destes aos seus pacientes.

Corroborar-se que a prática educativa no âmbito da saúde deve ter como princípio estimular experiências que facilitem a realização de ações que melhorem as condições de vida e promovam saúde. Para tal, cabe ressaltar a importância do desenvolvimento de habilidades individuais e da participação coletiva, a fim de fortalecer processos autônomos dos sujeitos e dos grupos sociais, e, a partir desse contexto possibilitar mudanças nas práticas de saúde e melhoria da condição e qualidade de vida das pessoas (PEREIRA; VIEIRA; ANTENOR FILHO, 2011)

5.5 DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A pesar de ser uma exigência do ministério da saúde e da agencia nacional de vigilância sanitária a implementação da política nacional de segurança do paciente muitas unidades de alta complexidade em tratamento hemodialítico ainda não conseguiram executar de fato a normativa. Fatores como adesão da equipe técnica, rotinas de serviço, recursos financeiros são entraves para a execução na integra da política de segurança do paciente.

“A maior dificuldade é a adesão da equipe técnica no cumprimento das normas e rotinas no serviço, pois muitos relatam que isso acaba atrapalhando o serviço e não há necessidade de identificação (A1). A maior dificuldade do serviço em hemodiálise relacionado a segurança do paciente são os recurso financeiros, pois envolve um grande custo e nem sempre os centros ou as clinicas estão dispostos a contribuir(A5).

“As dificuldades estão relacionadas a tendência a automatização na execução das tarefas e os turnos serem contínuos dificultando a educação permanente com frequência, isso prejudicando a comunicação efetiva” (A3).

A existência dos riscos dos serviços rotineiros travam como chek list burlados pelo excesso de confiança profissional” (A4).

A adesão por parte da equipe de enfermagem, os serviços rotineiros, os recursos financeiros contribuem para a não execução na integra dos padrões e protocolos que a política nacional de segurança do paciente preconiza, além disso a rotatividade no serviço e excesso de confiança profissional compromete a educação continuada e para a fragilidade na comunicação efetiva.

Em estudos já realizados pode-se verificar que fatores como: a rotina das unidades de atendimento, a descontinuidade dos turnos entre outros são fatores para

que os protocolos não sejam executados (MORAIS, 2013) os autores em questão concordam que, uma norma como essa, deve ser de fácil emprego. As instituições têm o compromisso com a funcionalidade de lista de verificações, buscado adaptá-la à prática com a participação de profissionais, além de outras estratégias que coadunam para a segurança do paciente (MONTEIRO, 2013).

Já em outro estudo foram levantadas algumas dificuldades na utilização do instrumento como a falta de recursos humanos, pois é necessário um profissional para coordenar a aplicação do checklist de verificação dos nove certos; a troca dos capilares, requerendo o compromisso dos aplicadores e apoio dos líderes (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2013; MONTEIRO, 2013).

Bampi, (2017) descreve uma preocupação de que esse protocolo funcionasse como uma “burocracia” adicional. Para não fazer desse sentimento uma barreira, a inclusão de um instrumento deve partir de um planejamento participativo, com atualização dos protocolos existentes para racionalizar os recursos, de forma a não duplicar informações, tendo como o alicerce a humanização, valorizando os atores (MORAIS, 2017).

Nas últimas décadas a segurança do paciente se tornou um dos assuntos prioritários na área da saúde. É uma das principais metas almejadas pelas instituições de saúde que buscam assegurar uma assistência de qualidade, livre de erros e eventos adversos (Cavalcante, 2015). Diante disso a importância de se trabalhar o tema na prática é sem dúvida necessária para que não só o enfermeiro mas toda a equipe multiprofissional possa vir a ter conhecimento de como executar e ter domínio habilidade inerentes para poder oferecer uma assistência de ótima qualidade para os clientes que necessita desse tipo de assistência.

Cabe aos enfermeiros a formação continuada e a capacitação permanente da equipe com o apoio gerencial da unidade elaborar protocolos para que a segurança do paciente venha ser prioridade no atendimento oferecido por suas unidades.

6. CONCLUSÃO

O estudo foi realizado com enfermeiros de uma clínica de hemodiálise de Belém- Pará. Após a análise dos dados coletados, foi possível estabelecer o perfil sociodemográfico destes profissionais onde pode-se observar idade, gênero, tempo de graduação, especialização e tempo de serviço na área da nefrologia.

Os enfermeiros possuem experiência na área o que facilitou para a elaboração das respostas obtidas o que contribuiu para alcance dos objetivos propostos.

A percepção de segurança do paciente entre os profissionais da equipe de enfermagem é bem clara para os mesmos, onde os entrevistados conceituaram de forma clara e concisa o que seria a segurança do paciente na assistência em clínicas hemodialíticas e de alta complexidade.

Para que haja uma assistência dentro dos parâmetros que é exigido por meio dos protocolos de segurança do paciente os enfermeiros devem estar habilitados nas diversas técnicas que a unidade de hemodiálise desenvolve.

Reduzir o a um mínimo aceitável erros e eventos adversos foi citado pelos enfermeiros como estratégias para uma assistência sem danos ao paciente.

Para um ambiente seguro em centro de diálise, a equipe de enfermagem possui lugar de destaque, uma vez que pode detectar precocemente elementos associados ao alto risco através da sistematização de enfermagem pelo processo de enfermagem no que concerne ao exame físico por meio da inspeção, contribuindo para a compreensão das relações existentes, fortalecendo a avaliação do risco como prática a ser incorporada na detecção de pacientes de maior predisposição no contexto da DRC e HD. Nesse sentido, reduzir a ocorrência de eventos adversos nessa população deve ser prioritário e indicador de qualidade assistencial.

A capacitação dos profissionais sem dúvida é de extrema importância nas discussões a respeito de segurança do paciente. Profissional bem treinado com conhecimento teórico e prático irá desenvolver uma assistência sistemática, contribuindo para a execução de protocolos de segurança

Os recursos financeiros, a rotatividade de profissionais foi descrito pelos entrevistados como desafios e dificuldades para execução da política nacional de segurança do paciente.

Portanto, as reflexões trazidas à luz neste texto contribuem para o avanço do cuidado em enfermagem em sua dimensão física, com repercussões psicossociais de pessoas em tratamento hemodialítico, pautado em intervenções e no uso de ferramentas que promovam a uma assistência segura.

REFERÊNCIAS

- ARUTO, Giuliana Caldeirini; LANZONI, G. M.; MEIRELLES, B. H. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. **Cogitare Enferm [periódico na Internet]**, v. 21, n. 5, p. 1-9, 2016.
- ARAUJO, Meiriele Tavares et al. Dimensionamento de pessoal de uma unidade de internação cirúrgica. **Gestão e Saúde**, v. 7, n. 2, p. Pág. 650-669, 2016.
- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 2, 2015.
- BARBOSA, Diôgo Amaral et al. A importância da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em uma unidade de hemodiálise. **Revista de Administração do Sul do Pará (REASP)-FESAR**, v. 2, n. 3, 2015.71672010000300014>.
- Bentzen N. WONCA dictionary of general/family practice. Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003.
- BAMPI, Rocheli et al. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. **Revista de Enfermagem UFPE On Line. Recife. Vol. 11, n. 2 (2017), p. 584-590**, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde ; Biblioteca Virtual em Saúde; Doença Renal Crônica: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/doenca-renal-cronica-atinge-10-da-populacao-mundial>. Acesso em 19/12/2017 as 23:28
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il.
- BISCA MM, Marques IR. **Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [acesso em: 30 set
- BUCCHI, S.M., & Mira, V.L. (2010) Reelaboração do treina- Bucchi, S.M., & Mira, V.L. (2010) Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de

Terapia Intensiva. Rev. Esc. Enferm. USP, 44(4), 1003-10. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400021.

CARVALHO VT, Cassiani SHB, Chiericato C, Miasso AI. **Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde**. Rev Latino-am Enfermagem 1999; 7(5): 67-76.

CARVALHO VT, Cassiani SHB. **Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório**. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(4): 523-9.

CASSIANI SHB, Carvalho VT. **Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de medicamentos**. Acta Paul Enferm 2002; 15(2): 45-54. 14.

CASTRO, Manuel Carlos Martins et al. A variabilidade na qualidade do atendimento entre unidades de diálise do estado de São Paulo e a Portaria nº 389/2014 do Ministério da Saúde do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, n. 1, p. 62-69, 2016.

CAVALCANTE, A. K. C. B. et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Rev Cubana Enfermer**, v. 31, n. 4, p. 1-13, 2015.

CESARINO CB, Borges PP, Ribeiro RCHM, Ribeiro DF, Kusumota L. Avaliação do risco cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. Acta Paul Enferm. 2013;26(1):101-7.

Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. J Bras Nefrol [Internet]. 2014 [cited 2014].

SESSO, Ricardo Cintra et al. 2010 report of the Brazilian dialysis census. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 4, p. 442-447, 2011.

COIMBRA JAH, Cassiani SHB. **Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência**. Rev Latino-am Enfermagem 2001; 9(2): 56-60.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução 358/2009 do COFEN, 15 de outubro de 2009 (BR). 2009 [Citado 2015 jul 26] Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Brasília (DF): COFEN; 2014 [acesso 2015 Ago 12]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/esquisaprofissionais.pdf>.

Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem** [internet]. 2007 [acesso: 05 jun 2008]. Disponível em: <<http://www.coren-sc.org.br/Empresa2/Cepreform.html>>.

CONSTATINOU, E.; ROMANIUK, D. Client Safety. **Potter P, Perry A, Ross-Kerr, Wood M. Canadian Fundamentals of Nursing. Toronto: Elsevier, 2004.**

CORRÊA, Luciana Reis Carpaneiz. **Os hospitais de pequeno porte do sistema único de saúde brasileiro e a segurança do paciente.** 2009. Tese de Doutorado.

DA SILVA, Rudval Souza et al. Sistematização da assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, p. 32-36, 2016.

DAS DORES PEREIRA, Maria; DE SOUZA, Diego Floriano; FERRAZ, Fabiane. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Inova Saúde**, v. 3, n. 2, p. 55-87, 2014.

DE ARAÚJO SOARES, Naiana Ribeiro et al. **A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA. SYNTHESIS| Revistal Digital FAPAM**, v. 5, n. 5, p. 302-327, 2016.

DE ARAUJO, Marcos Antonio Nunes et al. SEGURANÇA DO PACIENTE NA VISÃO DE ENFERMEIROS: UMA QUESTÃO MULTIPROFISSIONAL. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017.

DE MOURA QUINTANA, Julia; DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira; SANTOS, Silvana Sidney Costa. **Percepções de idosos que vivenciam o cuidado de enfermagem durante a hemodiálise. Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 662-70, 2014.

DE SOUZA SILVA, Fernando et al. Evaluation of bone pain in patients with renal chronic with mineral disorder. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 7, n. 5, p. 14061411, 2013.

DEPARTMENT OF HEALTH. About Patient Safety [internet]. 2004 [acesso: 20 jun 2008]. Disponível em: http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Patientsafety/Patientsafetygeneralinformation/DH_4066328 7. World Health Organization. 10 facts on patient safety [internet]. 2008 [acesso: 20 jun 2008]. Disponível em: Diário Oficial da União 2014 [acesso em 25 abril 2017].

DUARTE SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. [Internet] 2015; 68(1) [acesso em 11 jan 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Adverse events and safety in nursing care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.
EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DIALÍTICO OBSERVADO EM UMA VISITA TÉCNICA. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 9, n. 2, 2015.

FAGERSTROM L, Lonning K, Andersen MH. The RAFAELA system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management. Nurs. manage. 2014;21(2):30-6.

FASSINI, Patricia; HAHN, Giselda Veronice. **Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem.** *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 2, n. 2, p. 290-299, 2012.

FELDMAN LB. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde:** critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari; 2004.

FELDMAN LB. **Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento.** São Paulo: Martinari; 2008.

FRANCO, Juliana Nogueira et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2010.

GASPERI P. O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.

GANDHI TK, Kaushal R, Bates DW. Introdução à segurança do paciente. In: Cassiani SHB, Ueta J. A segurança de pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 1. 4.

GARCIA, TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc. Anna Nery*. 2009; 13(1):816-8.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa.** Plageder, 2009.

GERSHON RR, Stone PW, Bakken S, Larson E. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *J Nurs Adm*. 2004; 34(1):33-40.

HENRIQUES, Hugo. **Inovação na qualidade dos registos de enfermagem no sistema de apoio à prática de enfermagem.** 2016. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.

HERCOS TM, Vieira FS, Oliveira MS, Buetto LS, Shimura CMN, Sonobe HM. O trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva Souza NR, et al. na assistência ao paciente oncológico. *Rev Bras Cancerol*. 2014; 60(1):51-58.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_04_2017.html
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

Institute of Medicine of the National Academies. The Chasm in Quality: Select the Indicators from Recent Reports. Institute of Medicine [internet]. 2006 [acesso: 24 mai 2008]. Disponível em: <<http://www.iom.edu/?id=14991>>.

JOINT Commission for Patient Safety. High 5s Project [internet]. 2008 [acesso: 15 jun 2008]. Disponível em: <<http://www.ccforpatientsafety.org/30753/>>.

JOINT Commission for Patient Safety. World Alliance for Patient Safety [internet].

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT MARTINS, C, Kobayashi, R.M, Ayoub, A.C., & Leite, M.M.J. (2006). Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm*, 15(3), 472-78. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072006000300012&script=sci_arttext.

LOPES, Hudson Henrique; DORNELA, Fernanda Junia. 08) Impactos da Utilização de um Sistema Enterprise Resource Planning nos Processos Gerenciais: Um Estudo Multicaso em Empresas de Condicionamento Físico de Rio Paranaíba/MG. **Revista Brasileira de Gestão e Engenharia| RBGE| ISSN 2237-1664**, n. 14, p. 149-174, 2016.

MIASSO, AI, Grou CR, Cassiani SHB, Silva AEBC, Fakh FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências em quatro hospitais brasileiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):524-32. DOI:10.1590/S0080-62342006000400011

MONTEIRO F, Silva LR. Checklist Surgical Safety: assessment and intervention. *Rev Ciênc Méd Biol* [serial on the Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Jan 24]; 12(volume especial):[about 4 p.]. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/9196/6760>

MORAIS, Ariane Cedraz et al. Test check pilot list of safe surgery: experience report/Teste piloto de checklist de cirurgia segura: relato de experiência/Lista de chequeo de cirurgia segura: relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 6, n. 1, p. 76-79, 2017.

MEIRELES VC, Goes HLF, Dias TA. **Vivência do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsidio para o profissional enfermeiro**. *Rev. Ciência Cuidado Saúde*. Maringá. 2004 Maio-Ago; 3 (2): 169-78.

MENEZES SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade da enfermeira na prática da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(4):953-8.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 11, de 14 de março de 2014. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet].

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet].

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Programa do medicamento hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:

NASCIMENTO CD, Marques IR. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: Revisão de literatura. *Rev Bras Enferm.* 2005 nov-dez;58(6):719-22.

NASCIMENTO NB, Travassos CMR. Medical errors and violation of rules and standards in health: a theoretical discussion in the area of patient safety. *Physis.* 2010;20(2):625-51.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL for Medication Error Reporting and Prevention. Taxonomy of medication errors – 1998-1999. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/aboutMedError.html>

NUNES DE OLIVEIRA, Saionara et al. Unidade de pronto atendimento–UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, 2015.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

OLLER GASAO, Ribeiro RCHM, Travagim DSA, Batista MA, Marques S, Kusumota L. Functional independence in patients with chronic kidney disease being treated with haemodialysis. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet] 2012 [acesso em: 30 set 2014];20(6):1033-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692012000600004>.

Organização Mundial da Saúde. 26a Conferência Sanitária Pan-americana 54a Sessão do Comitê Regional - Qualidade da Assistência: Segurança do Paciente. Organização Pan-Americana da Saúde [internet]. 2002 [acesso: 23 mai 2008] Disponível em: <http://www.ops-oms.org/portuguese/gov/csp/csp26-26-p.pdf>

PADILHA EF, Matsuda LM. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 64, n. 4, p. 684-691, ago. 2011.

PAIM J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet.* 2011;11-31.
percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

PEREIRA, A. V; VIEIRA, A. L. S; FILHO, A. A. Grupo de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. Trab. Educ. Saúde, v.9, n.1, p.25-41, 2011.

PRIOSTE PERTENCE, Poliana; MELLEIRO, Marta Maria. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, 2010.

PIRES, Alessandra Fontanelli et al. A UTILIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA PMH_Livro_ver_41DocumentoFinalSES.pdf POLLI, Virgínia Annett et al. Abordagem Clínica de Pacientes com Necessidades Especiais. 2014.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; DOS SANTOS, Maria Lígia de Oliveira. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado-DOI:

RADUENZ, Anna Carolina et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 104554, 2010.

RADÜNZ V. Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. 2a ed. Goiânia: AB; 1999.

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013.

RIBEIRO RCHM, Oliveira GASA, Ribeiro DF, Bertolin DC, Cesarino CB, Lima LCEQ, et al. Caracterização e e ologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. Acta Paul Enferm. 2008;21(n. esp):201-11

RIBEIRO, Ivonizete Pires et al. Riscos ocupacionais da equipe de enfermagem na hemodiálise. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 143-152, 2016.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho et al. Clima de segurança do paciente: ROQUE KE, Melo ECP. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. Rev. bras. epidemiol. 2010 dez; 13(4): 607-19. [[Links](#)]

RUBACK, Thais Mendes; MENEZES, Marisa Gonçalves Brito; ARAUJO, Meiriele SAFETY (JCAHO). **International Patient Safety Goals**. 2008. Disponível em: www.jcipatientsafety.org/29083/ Acesso em 31 de janeiro de 2014.

SANTOS MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Rev Port Saúde Pública [Internet] 2010; Vol Temat(10) [acesso 11 jan 2016]. Disponível:

<http://proqualis.net/artigo/comunica%C3%A7%C3%A3o-em-sa%C3%BAde-e-seguran%C3%A7a-do-doente-problemas-e-desafios>

SANTOS, Fabiana Cristina; CAMELO, Silvia Henriques. O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva: Perfil e Capacitação Profissional. 2015.

SANTOS, Jéssica Caroline dos. Grupo vivencial de sonhos na psicologia analítica como metodologia de trabalho em saúde mental. 2017.

SESSO RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. Relatório do SESSO, Ricardo Cintra et al. Report of the Brazilian chronic dialysis census 2012. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 1, p. 48-53, 2014.

SESSO, Ricardo de Castro Cintra et al. Chronic dialysis in Brazil-report of the brazilian dialysis census, 2011. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 3, p. 272-277, 2012.

SILVA RS, Pereira A, Conceição JC, Biai ISC. Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com um portador do vírus da hepatite C. *Rev Baiana Enferm.* 2010; 24(1, 2, 3): 87-95.

SILVA, Aline Teixeira et al. **Atuação do enfermeiro na segurança do paciente em ambiente hospitalar.** 2016.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, 2015.

SILVA, S.H. et al. Implantação e Desenvolvimento do processo de Enfermagem no Hospital-escola. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 21, n. 1 p. 93-99, 1990

SILVA, Marcos Barragan da et al. Percepção de enfermeiros assistenciais sobre o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem prioritários para pacientes com problemas ortopédicos. **Simpósio do Processo de Enfermagem (8.: 2017: Porto Alegre, RS) Processo de enfermagem: estratégia para resultados seguros na prática clínica. Porto Alegre: HCPA, 2017., 2017.**

SOUSA, Maiana Regina Gomes de et al. Segurança do paciente em uma unidade de hemodiálise: análise de eventos adversos. 2014.

STEIN BACKES, Dirce et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 27, n. 1, 2005.

TAVARES. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UM PACIENTE PORTADOR FARIAS, Glauceia Maciel de; MENDONÇA, Ana Elza Oliveira de. Comparando a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal pelo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 574-583, 2009.

TELES, Lorena Santos et al. Enfermagem Frente à Sepse: uma revisão literária. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2017.

TEXEIRA, E. As Três Metodologias: acadêmica; da ciência e da pesquisa. 10ª Ed. Petropolis, Rio de Janeiro: **Vozes**, 2013.

The National Patient Safety Foundation. Agenda for research and development in patient safety [Internet]. 2000 [cited 2012 Jun 30]. Available from: http://www.npsf.org/wpcontent/uploads/2011/10/Agenda_for_RD_in_Patient_Safety.pdf The Renal Association. RA Guidelines – Haemodialysis. Renal Association [Internet],

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. **Outros números do Informe Rural ETENE: ANO**, v. 3, p. 25, 2009.

VICTORA CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*. 2011;90-102.

WATCHER RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010

UNRUH LY, Zhang NJ. Nurse Staffing and patient safety in hospitals: new variable and longitudinal approaches. *Nurs Res*. 2012;61(1):3-12. DOI:10.1097/NNR.0b013e3182358968

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The conceptual framework for the international classification for patient safety. Technical Report and Technical Annexes. 2009. [acesso em 16 set 2016]. Disponível: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf 3.

World Health Organization. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO; 2011 [cited 2013 May 27]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados**FACULDADE PARAENSE DE ENSINO****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ROTEIRO DE ENTREVISTA**

CÓDIGO ALFANUMÉRICO: _____

SEÇÃO 1: PERFIL SÓCIO PROFISSIONAL!

1. Idade _____
2. Gênero _____
3. Graduação _____
4. Tempo de Graduação _____
5. Pós Graduação _____
6. Tempo de Pós Graduação _____
7. Tempo de experiência em ambiente dialítico _____

SEÇÃO 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO.

8. O que você sabe sobre segurança do paciente em tratamento de hemodiálise?

9. Descreva sua experiência e/ou percepção na atuação assistencial ao paciente em tratamento de hemodiálise a atender a política nacional de segurança do paciente?

10. Quais as facilidades e/ou dificuldades do serviço em Hemodiálise relacionados a segurança do paciente?

11. Você gostaria de contribuir com algo mais?



FACULDADE PARAENSE DE ENSINO

**Apêndice – B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)
TÍTULO DA PESQUISA: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE SEGURANÇA
DO PACIENTE EM HEMODIALISE.**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado, sob a responsabilidade da pesquisadora Maria da Conceição Nascimento Freitas e pelas discentes Roseneide Gonçalves Pacheco, Pamela Gessica Brito Moraes, Josenilda dos Santos Barbosa, para elaborar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Enfermagem da Faculdade Paraense de Ensino (FAPEN), sob a orientação da docente Maria da Conceição Nascimento Freitas. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos realizando. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mais se desistir a qualquer momento, isso não causará prejuízo a você.

O participante da pesquisa fica ciente:

- I)** Será realizada a pesquisa, tendo como objetivo identificar as necessidades do serviço para a segurança do paciente. A entrevista acontecerá individualmente, em local apropriado e reservado na Clínica de Hemodiálise Nefrocentro Belém –PA a partir de setembro de 2017 e será aplicada aos enfermeiros que estiverem com idade acima de 18 e pelo menos terem um ano de serviço. Seguindo formulário com quatorze questões sobre o perfil sócio econômico e questões relacionadas a segurança do paciente e sistematização de assistência de enfermagem.
- II)** O (a) participante não é obrigado a responder as perguntas contidas nos instrumentos de coleta dos dados da pesquisa
- III)** A participação desta pesquisa não submete as mulheres a nenhum tratamento, bem como não causará nenhum gasto.
- IV)** O (a) participante da pesquisa tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização nenhuma.
- V)** O (a) participante não receberá remuneração e nenhum tipo de pagamento nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.
- VI)** O (a) participante da pesquisa contribuirá para acrescentar a literatura referente ao tema, o que levará a construção de conhecimento para embasar a proposta de protocolo assistencial para a segurança do paciente. Além de fornecer um importante conteúdo para estudantes e pesquisadores que buscam conhecimento em segurança do paciente e hemodiálise.
- VII)** Outros riscos existentes podem surgir das emoções ou vergonha envolvidas no relato pessoal dos enfermeiros, poderá não aceitar em participar da pesquisa e/ou responder as questões da entrevistas. Se no momento da coleta a entrevistada

se referir mal-estar e incomodo em relação à entrevista, será dado a opção de cessação da entrevista, com retomada ou afastamento definitivo da pesquisa, garantindo o descarte de todo o material gravado e/ou anotado.

VIII) Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelas pesquisadoras, assegurando ao participante a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

IX) Os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

X) durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas dos participantes da pesquisa e da pesquisadora, também constarão em todas as páginas do TCLE a rubrica da pesquisadora.

XI) caso o (a) participante da pesquisa desejar, poderá pessoalmente, ou por meio de telefone, entrar em contato com a pesquisadora responsável para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.

Eu, _____, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF _____ nascido (a) em ____/____/____, abaixo assinado, declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras sobre as dúvidas por mim apresentadas a propósito da minha participação (direta ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo. Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, de livre e espontânea vontade, participar deste estudo, permitindo que os pesquisadores relacionados neste documento utilizem as minhas informações para fins de pesquisa científica/educacional, podendo ainda, publicá-las em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa. () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Belém, _____ de _____ de 2017

Assinatura do participante: _____

Testemunha 1: _____

Maria da Conceição Nascimento Freitas

Roseneide Gonçalves Pacheco

Josenilda dos Santos Barbosa

Pamela Gessica Brito Moraes