

Segurança do paciente materno-infantil: uma análise multicritério das preferências decisórias dos enfermeiros gestores

Alexssandro da Silva ¹
Garibaldi Dantas Gurgel Júnior ²
James Anthony Falk ³
Marcel de Moraes Pedrosa ⁴

^{1,2} Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Av. Professor Moraes Rego. s.n. Cidade Universitária. Campus UFPE. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.670-420. E-mail: adm.alexssandro@gmail.com

³ Centro Universitário UniFBV, Wyden Brasil. Recife, PE, Brasil.

⁴ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

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

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

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

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

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



Introdução

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

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

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

A promoção de intervenções de saúde mais seguras em hospitais, de forma a evitar danos para o paciente tem se tornado um tema de saúde pública relevante,⁹ visando à redução da morbimortalidade, do tempo necessário para tratamento dos pacientes e consequentemente a redução dos custos assistenciais.¹⁰

Estudos que explorem uma inteligência decisória para definir as atividades que tem maior impacto na

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

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

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

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

Métodos

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

Nesse sentido, modelou-se o estudo por meio de técnicas com abordagem construtivista (MDCA-C)^{15,16} em quatro fases de apoio à decisão, diferenciadas, mas intrinsecamente correlacionadas – (1) Identificação do contexto e dos decisores, (2) Estruturação do modelo multicritério, (3) Análise dos resultados e (4) Recomendações de apoio à

decisão.¹⁶

1ª Fase – Identificação do contexto e dos decisores

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

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

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

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

2ª Fase – Estruturação do modelo multicritério

Nesta fase, definiu-se um modelo de avaliação para o *ranking* de preferências decisórias do PROMETHEE. Considerou-se como critérios as atribuições dos profissionais de enfermagem

envolvidos no acolhimento e classificação de risco em obstetrícia, constante do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia da Rede Cegonha do Ministério da Saúde.¹⁸ Totalizaram-se 25 critérios (TA1, TA2,...,E1, E2,...,EO4) agrupados em três categorias profissionais de enfermagem (TA, E e EO), como listados na Tabela 1.

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

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

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

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

Tabela 1

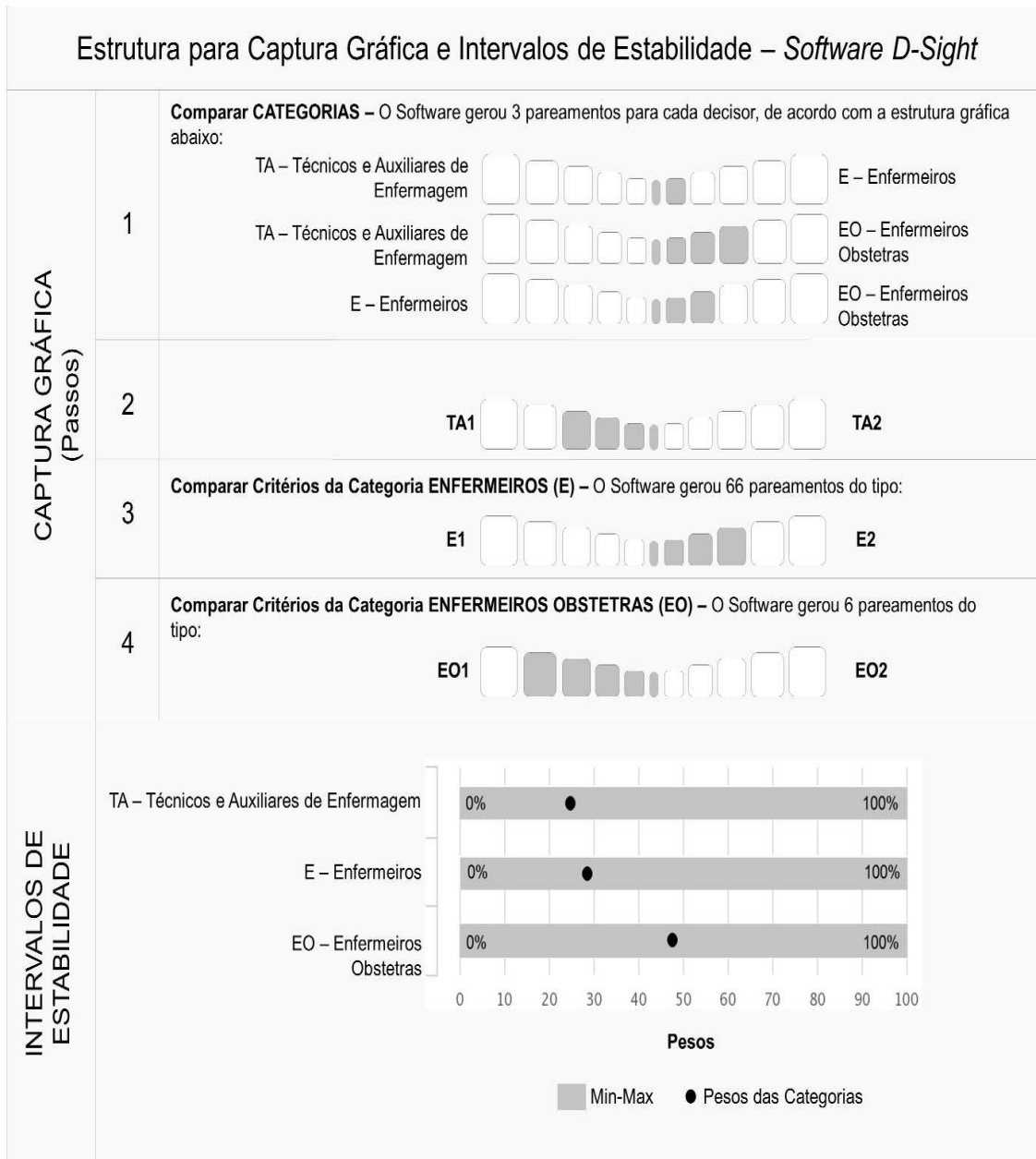
Critérios baseados nas atribuições dos profissionais de enfermagem.

Categories Profissionais	Ordem	Código	Critérios (Atribuições da Enfermagem)
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (TA)	1	TA1	Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.
	2	TA2	Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.
	3	TA3	Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.
	4	TA4	Aferir sinais vitais da mulher.
	5	TA5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.
	6	TA6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.
	7	TA7	Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.
	8	TA8	Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.
	9	TA9	Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.
Enfermeiros (E)	10	E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.
	11	E2	Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.
	12	E3	Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.
	13	E4	Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso.
	14	E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.
	15	E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.
	16	E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.
	17	E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.
	18	E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.
	19	E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolatividade quanto aos problemas da usuária.
	20	E11	Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.
	21	E12	Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.
Enfermeiros Obstetras (EO)	22	EO1	Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.
	23	EO2	Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.
	24	EO3	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolatividade quanto aos problemas da mulher.
	25	EO4	Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.

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

Figura 1

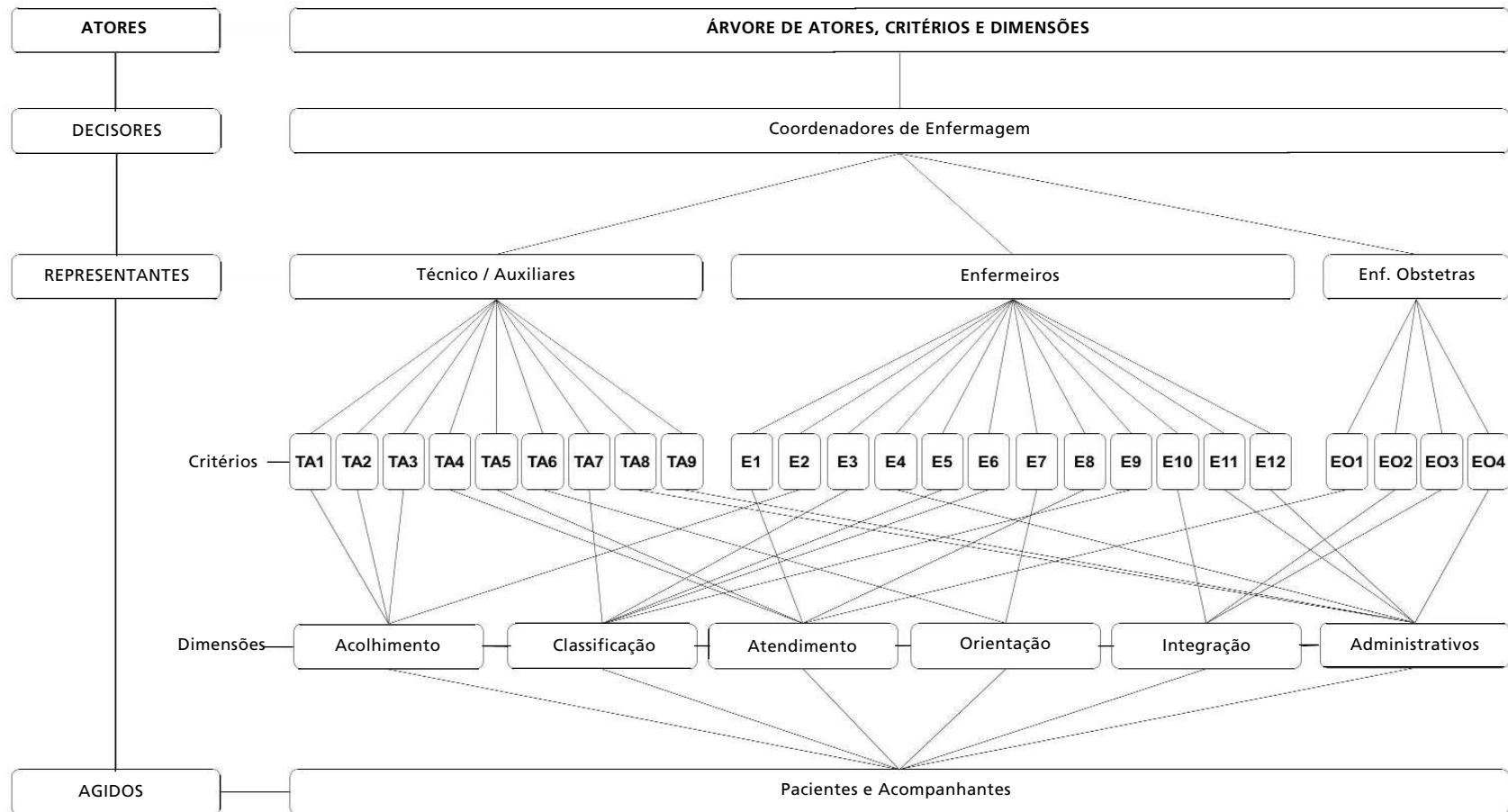
Estrutura para captura gráfica e intervalos de estabilidade.



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

Figura 2

Árvore de atores, critérios e dimensões.



Fonte: Elaborada pelos autores da pesquisa.

decisão.¹⁴

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

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

Onde:

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

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

Para análise de dados, essas seis dimensões formaram um modelo decisório de estrutura sistematizada e dividida em partes menores – critérios, tendo em vista a sua complexidade; e, em seguida, foram integradas novamente em dimensões para compor uma análise consolidada que representasse melhor a síntese das preferências decisórias. Nesse sentido, a Figura 2 ilustra um esquema em formato de árvore em que são apresentadas as relações entre os atores, os critérios e sua integração às dimensões que consolidam a síntese de preferências decisórias.

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

de acordo com as relações propostas na Figura 2 e resumida na seguinte fórmula:

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

Onde:

k = Número de Decisores
 j = Critério da Categoria
 CP = Índice da Categoria Profissional
 W = Peso dos Critérios da Categoria Profissional

3ª Fase - Análise dos resultados

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

4ª Fase - Recomendações de apoio à decisão

O processo de tomada de decisão é permeado por dois paradigmas. De um lado, o paradigma racionalista com o objetivo básico de encontrar a solução ótima, sem levar em consideração a subjetividade dos atores; e de outro, o construtivista que tem como objetivo a geração de conhecimento para os decisores. A abordagem construtivista considera simultaneamente elementos de natureza objetiva e subjetiva, e privilegia a participação e a aprendizagem dos tomadores de decisão como pilares do paradigma.¹⁶

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

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

Resultados

Para um melhor entendimento de como foi aplicada

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

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

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

Tem-se: $k = 12$ Onde: k = Número de Critérios dos Enfermeiros (E = 12)
 $\sum_{j=1}^{12} w_{10} P_{10} = 11,34$ j = Critério
 P = Preferência de E10
 W = Peso

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

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

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

Onde:
 k = Número de Decisores
 j = Critério da Categoria Profissional
 CP = Índice da Categoria Profissional
 W = Peso dos Critérios da Categoria Profissional

Para obtenção do Critério EO1 (36,80%) – ‘Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário’ – pertencente à Categoria Profissional

EO (55,00%) do Decisor CE8, que teve maior preferência entre todos os critérios das dimensões (20,24%) e foi agrupado por similaridade à Dimensão Atendimento (23,30%), utilizou-se o seguinte cálculo:

$$K=8$$

Onde:
 k = Número de Decisores = 8
 j = Critério da Categoria = EO1 do CE8 = 36,80%
 CP = Índice da Categoria Profissional = EO = 55,00%
 W = Peso dos Critérios da Categoria Profissional = 55,00/100 = 0,55

Tem-se:
 $K=8$
 $x \sum 36,80 \times 0,55_{CE8} = 20,24$

$j = EO1$ de CE8
 $x \sum (EO1_{CE} + EO1_{CE2} + EO1_{CE3} + EO1_{CE4} + EO1_{CE5} + EO1_{CE6} + EO1_{CE7} + 20,24_{CE8}) / 8$
 $x \sum (19,62 + 9,47 + 13,57 + 10,60 + 12,38 + 9,99 + 11,10 + 20,24) / 8$
 $x \sum = EO1 = 106,97 / 8 = 13,37$

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

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

Com base nas dimensões, a categoria profissional Enfermeiros Obstetras destacou-se nas três

Tabela 2

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

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

continua

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

Tabela 2

conclusão

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

Critérios	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	CE6	CE7	CE8	Média	Desvio Padrão
E11 Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.	12,16	10,71	10,80	6,81	8,98	9,10	10,85	7,04	9,56	1,92
E12 Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.	4,35	5,91	4,22	5,33	5,96	3,90	4,30	4,15	4,77	0,83
EO Enfermeiros Obstetras	45,46	42,44	46,00	43,56	43,06	41,26	55,00	55,00	46,47	5,48
EO1 Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.	43,15	22,31	29,50	24,33	28,74	24,22	20,19	36,80	28,66	7,81
EO2 Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.	18,44	21,10	12,94	32,03	20,47	17,59	25,89	21,25	21,21	5,72
EO3 Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.	21,58	31,65	41,72	26,93	24,82	22,91	23,63	27,96	27,65	6,53
EO4 Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.	16,83	24,94	15,85	16,71	25,97	35,28	30,29	13,98	22,48	7,79

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

Tabela 3

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

Dimensões	Critérios	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	CE6	CE7	CE8	Média	Desvio Padrão
Acolhimento 9,21%	TA1 Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.	10,02	1,67	0,64	1,08	1,40	2,17	1,94	1,52	2,55	3,05
	TA2 Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.	0,92	1,89	1,56	2,73	2,69	2,37	2,19	2,42	2,10	0,62
	TA3 Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.	0,50	1,49	0,72	2,55	1,94	4,79	2,23	2,88	2,14	1,36
	E2 Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.	2,70	2,59	1,81	1,96	3,36	3,77	1,53	1,62	2,42	0,83
Classificação 14,90%	TA7 Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.	1,29	2,54	8,25	4,97	3,90	3,63	3,05	3,25	3,86	2,07
	E3 Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.	3,82	3,23	3,14	2,44	2,97	2,95	2,03	3,37	2,99	0,55

continua

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

Tabela 3

continuação

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

Dimensões		Critérios	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	CE6	CE7	CE8	Média	Desvio Padrão
Classificação 14,90%	E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.	4,46	3,43	2,33	2,85	2,34	2,39	2,09	2,37	2,78	0,80
	E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.	2,38	2,42	1,62	1,30	2,20	1,00	1,17	0,79	1,61	0,65
	E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.	3,01	4,57	6,11	3,04	5,15	2,40	2,05	2,90	3,65	1,44
Atendimento 23,30%	TA4	Aferir sinais vitais da mulher.	2,28	3,59	5,07	6,63	2,47	5,17	2,94	3,12	3,91	1,55
	TA5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.	0,67	1,88	0,64	3,89	1,91	3,17	2,36	2,93	2,18	1,16
	E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.	2,25	2,85	3,36	1,91	2,35	2,71	1,65	1,41	2,31	0,65
	E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.	1,63	2,68	0,63	1,38	2,23	1,28	1,28	1,15	1,53	0,65
	EO1	Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.	19,62	9,47	13,57	10,60	12,38	9,99	11,10	20,24	13,37	4,25
Orientação 4,63%	TA6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.	1,18	2,14	0,72	3,72	2,06	2,94	2,94	3,07	2,35	1,02
	E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.	2,73	2,77	1,99	2,78	2,97	1,37	1,49	2,18	2,28	0,62
Integração da Equipe 25,89%	E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.	3,93	3,92	4,69	2,40	3,33	2,47	2,59	1,90	3,15	0,97
	EO2	Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.	8,38	8,95	5,95	13,95	8,81	7,26	14,24	11,69	9,91	3,06
	EO3	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.	9,81	13,43	19,19	11,73	10,69	9,45	13,00	15,38	12,83	3,24

continua

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

Tabela 3

conclusão

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

Dimensões	Critérios	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	CE6	CE7	CE8	Média	Desvio Padrão
Aspectos Administrativos 22,07%	TA8 Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.	1,57	1,55	0,72	2,46	2,02	2,54	1,94	2,65	1,93	0,65
	TA9 Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.	1,43	3,23	3,79	2,58	3,90	5,96	4,42	2,18	3,44	1,42
	E4 Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso.	2,06	2,89	1,43	2,63	2,57	2,26	1,94	0,95	2,09	0,65
	E11 Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.	4,22	4,03	3,44	1,76	3,11	2,37	2,28	1,48	2,83	1,02
	E12 Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.	1,51	2,22	1,35	1,38	2,07	1,01	0,90	0,87	1,41	0,51
	EO4 Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.	7,65	10,58	7,29	7,28	11,18	14,56	16,66	7,69	10,36	3,61
TOTALIS		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

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

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

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

rias: Enfermeiros (29,07%) e Técnicos e Auxiliares (24,46%).

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

Discussão

A Análise de Decisão Multicritério (MCDA) é aplicada a uma ampla gama de áreas nos cuidados de saúde, com o uso de uma variedade de abordagens metodológicas. Uma revisão sistemática realizada no

ano de 2015, entre estudos de língua inglesa de 1980 a 2013, constatou uma utilização crescente do MCDA nos cuidados de saúde. A maioria dos estudos foi publicado nos Estados Unidos e a tomada de decisão médica foi o assunto predominante entre todos os estudos, sendo o câncer a doença mais pesquisada e a área do diagnóstico e do tratamento a mais abrangente.¹⁹

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

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

A integração da equipe tem sido bastante discutida em estudos que focam a segurança do paciente. A sua falta, juntamente com a falta de comunicação entre as unidades, fragiliza muito o trabalho em equipe nas unidades hospitalares.²² O debate sobre a necessidade de integrar a cultura de segurança à prática da enfermagem, por meio de estratégias educativas que contribuam para a qualidade do cuidado prestado e que previnam eventos adversos por meio do gerenciamento de risco hospitalar, tende a crescer.²³ Nesse contexto, sugere-se a inclusão e a participação ativa dos profissionais de enfermagem em uma gestão compartilhada para a implantação da cultura de segurança,²¹ pois os processos de tomada de decisão quando não compartilhados prejudicam a corresponsabilização e levam a uma centralidade na decisão das condutas de enfermagem.²⁴

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

paciente.²⁴⁻²⁶

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

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

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

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

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

cação, foram achados importantes que apoiam a decisão.

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

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

Os autores ponderam que o estudo pode apre-

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

Agradecimentos

O presente estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE).

Referências

- Martins M, Travassos C, Mendes W, Pavão ALB. Hospital deaths and adverse events in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11: 223.
- Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14: 311.
- Amaya SL. Seguridad del Paciente: Conceptos e análisis de eventos adversos. *Centro de Gestión Hospitalaria/ViaSALUD.* 2009; (48): 6-21.
- Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques PM. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Rev bras epidemio.* 2008; 11(1): 55-66.
- Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16 (4): 746-51.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991; 324: 377-84.
- Vicent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ.* 1998; 316 (7138): 1154-7.
- Vicent C. Understanding and Responding to Adverse Events. *N Engl J Med.* 2003; 348(11): 1051-6.
- Sommella L, Waure C, Ferriero AM, Biasco A, Mainelli MT, Pinnarelli L, Ricciardi W, Damiani G. The incidence of adverse events in an Italian acute care hospital: findings of a two-stage method in a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14(1): 358.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada RDC Nº36, 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
- Pedroso M. Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [tese]. Brasília: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília; 2011.
- March JG. Como as Decisões Realmente Acontecem: Princípios da Tomada de Decisões São Paulo: Leopardo Editora; 2010.
- Simon HA. *The Sciences of the Artificial.* 3 ed. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology; 1996.
- Mareschal B, De Smet Y. Visual PROMETHEE: Developments of the PROMETHEE & GAIA Multicriteria Decision Aid Methods. *IEEE.* 2009; 1646-1649.
- Bana e Costa CA. Três convicções fundamentais na prática do apoio à decisão. In *Pesquisa Operacional.*: Sociedade Brasileira de Pesquisa Operacional; 1993.9-20.
- Ensslin L, Montibeller Neto G, Noronha SM. Apoio à Decisão: Metodologias para Estruturação de Problemas e Avaliação Multicritério de Alternativas. 1 ed. Moura NRd, editor. Florianópolis: Insular; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa hospital amigo da criança. 2014. [acesso em 31 mar 2016]. Disponível em: <http://portals.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>

18. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha/DAPES/SAS. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia; 2014.
19. Adunlin G, Diaby V, Xiao H. Application of multicriteria decision analysis in health care: a systematic review and bibliometric analysis. *Health Expect.* 2015; 18(6):1894-905.
20. Dolan JG. Multi-criteria clinical decision support: A primer on the use of multiple criteria decision making methods to promote evidence-based, patient-centered healthcare. *Patient.* 2010; 3(4): 229-48.
21. Oliveira RM, Leitão IMTda, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery.* 2014; 18(1): 122-9.
22. Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA, Paranaguá TTdB, Silva AEBdC. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. *Rev enferm UFPE on line.* 2016; 10(3): 1071-9.
23. Silva RFA, Filho RDB, Santos M, Nascimento MAL. Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase-experimental. *Online Brazilian J Nurs.* 2011; 10(1): 8.
24. Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(4): 642-9.
25. Oluborode O. Effective communication and teamwork in promoting patient safety. [Online]; 2013 [cited 2017 Agosto 6]. Disponível em: <http://sqhn.org/effective-communication-and-teamwork-in-promoting-patient-safety/>
26. University of British Columbia. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). Interprofessional education & core competencies. Canada. 2010.
27. Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. *J Interprof Care.* 2014; 28(5): 393-9.
28. Baidridge L, Nasmith L, Orchard C, Wood V. Competencies for interprofessional collaboration. *J Phys Ther Educ.* 2010; 24(1): 6-11.
29. Lorenzetti J, Oro J, Matos E, Gelbcke FL. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(4): 1104-12.
30. D-SIGHT. Structured Approach to Project Prioritization & Investment Capacity Planning. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 15]. Disponível em: <http://www.d-sight.com> .

Recebido em 21 de Setembro de 2017

Versão final apresentada em 05 de Julho de 2018

Aprovado em 17 de Julho de 2018